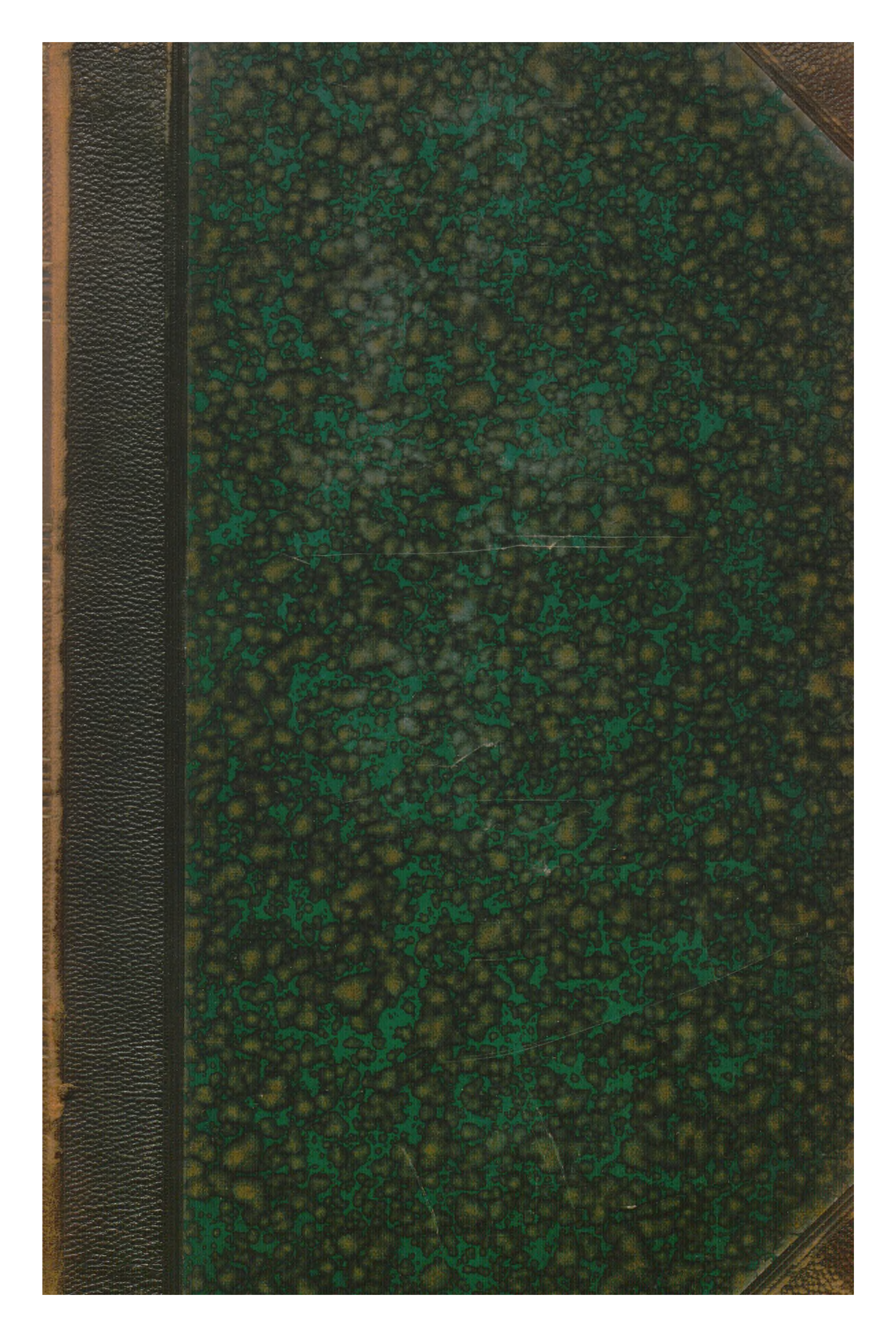
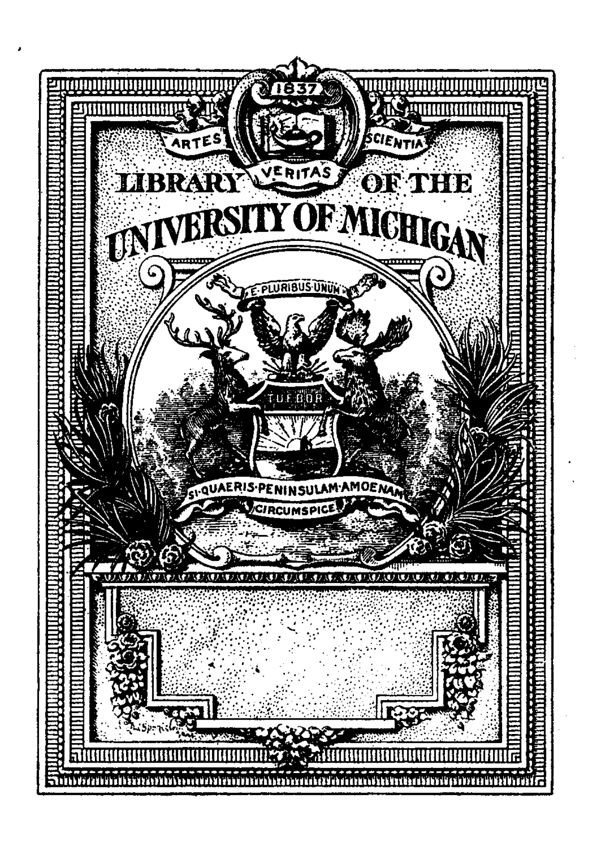



1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

MEDICINISCH-CHIRURGISCHE

RUNDSCHAU.

ZEITSCHRIFT

FÜR DIE

GESAMMTE PRAKTISCHE HEILKUNDE.

Unter Mitwirkung der Herren

Dr. Joh. Baaz (Graz), Dr. Freih. v. Buschman (Wien), Prof. Eppinger (Graz), Doc. Dr. Finger (Wien), Prof. Dr. Glax (Graz-Abbazia), Docent Dr. Grünfeld (Wien), Dr. Hajek (Wien), Oberstabsarzt a. D. Dr. Hastreiter (Strassburg), Sanitätsrath Dr. Hausmann (Meran), San.-R. Dr. Emerich Hertzka (Carlsbad), Dr. Hönigsberg (Gleichenberg), Prof. Dr. Th. Husemann (Göttingen), Dr. Jadassohn (Breslau), Prof. Kaposi (Wien), Dr. J. Karlinski, k. k. Bezirksarzt (Konjica, Herzegowina), Prof. Dr. E. H. Kisch (Prag-Marienbad), Prof. Kleinwächter (Czernowitz), San.-R. Dr. Knauthe (Dresden), Dr. Richard Kohn (Breslau), Doc. Dr. C. Kopp (München), Prof. Kratter (Graz), Dr. H. Levy Breslau), Docent Dr. E. Lewy (Wien), Hofrath Prof. E. Ludwig (Wien), Dr. L. Mendl (Fünfkirchen), Geh. Reg.-Rath Prof. Dr. Mikulicz (Breslau), Prof. Dr. A. Neisser (Breslau), Prof. Dr. Obersteiner (Wien), Dr. J. Offer (Hall in Tirol), Dr. Ignaz Purjesz (Budapest), Prof. Dr. v. Reuss (Wien), Hofrath Dr. Rochelt (Meran), Prof. Prokop Freih. v. Rokitansky (Innsbruck), Prof. Fr. Schauta (Wien), Dr. M. T. Schnirer (Wien), Dr. Steigenberger (Budapest), Dr. Sterk (Wien-Marienbad), Dr. v. Swiecicki (Posen), Dr. Szenes (Budapest), Dr. C. Touton (Wiesbaden), Dr. Veninger (Meran) u. A.

redigirt

von

Prof. Dr. W. F. LOEBISCH

an der k. k. Universität Innsbruck.

XXXIII. (Neue Folge XXIII) Jahrgang (1892).

WIEN.

URBAN & SCHWARZENBERG,

I., Maximilianstrasse 4.

Autoren-Verzeichniss.

Jahrgang XXXIII. (Neue Folge. XXIII.) 1892.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Nummern der Aufsätze.)

1892.

Inhalts-Verzeichniss.

Jahrgang XXXIII. (Neue Folge XXIII.) 1892.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Nummern der Aufsätze.)

1892.

A.

C.

D.

E.

H.

I.

J.

K.

L.

O.

P.

Q.

R.

U.

V.

W.

Kritische Besprechungen und Bücher-Anzeigen.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

1. ***Die Gehirnerscheinungen bei chronischer Otitis media.*** *Von Dr.* ***Paulsen,*** *Kopenhagen. (Nordiskt med. Ark. Bd. XXXII. Heft 3. Nr. 8.)*

Im Kopenhagener Commune-Hospital kamen von 1870—1889 unter 10.159 Obductionen 28 vor, bei denen der Tod die Folge der Complication von Otitis mit Veränderungen in der Schädelhöhle war. Von diesen Fällen betreffen 12 Hirnabscesse (8 im Lobus temporalis, 3 im Kleinhirn, 1 im Cerebellum und Lobus occipitalis). In 2 Fällen wurde die Trepanation ausgeführt, 1mal mit lebensrettendem Erfolge, während in dem zweiten Falle Tod durch diffuse Meningitis eintrat. Symptomatologisch hat für die Complication die Fieberbewegung wenig zu bedeuten, da die Retention von Eiter in der Paukenhöhle an sich zu leichtem Fieber führt; dagegen ist die Langsamkeit des Pulses für die Diagnose der Complication von einer gewissen Wichtigkeit. Pathognomonisch für Hirnabscess sind alle Compressionserscheinungen, wie Kopfweh, Somnolenz, da sie ebensogut bei Complication mit Sinusthrombose und epiduralem Abscess vorkommen. Dass die Bildung eines Hirnabscesses ziemlich langsam vor sich gehe, wird von vielen Seiten behauptet; in den Kopenhagener Fällen war jedoch der Verlauf meist ein acuter, mitunter sogar ein rapider. Merkwürdig ist, dass in keinem der Kopenhagener Fälle das im Temporallappen belegene sensorische Sprachcentrum afficirt war, während 5mal in Folge von Verbreitung des im Schläfenlappen gebildeten Eiters auf die Capsula interna des Linsenkernes Lähmung der dem Sitze des Abscesses entgegengesetzten Seite vorkamen. In allen Fällen bildete Sinusthrombose das Mittelglied zwischen Otitis und Hirnabscess. In dem von *Iversen* glücklich operirten Falle (siehe oben), bei einer 32jährigen Frau mit rechter Otitis, Kopfschmerz und Erbrechen wurde zuerst die Resection des Processus mastoideus ausgeführt, und als die Symptome nicht verschwanden und die Prostration zunahm, 15 Mm. über dem Gehörgange trepanirt und ein epiduraler Abscess entleert; da aber der Sopor fortdauert, wurde die Dura mater geöffnet, worauf eine beträchtliche Menge Eiter aus dem Schläfelappen herausfloss. Die Abscesshöhle wurde drainirt und die Heilung erfolgte. In 9 Fällen des Commune-Hospitals bestand als Complication Sinusthrombose, 8mal am Sinus petrosus lateralis, 1mal am S. p. inf. und superior. Einzelne Fälle boten ausgesprochene pyämische Erscheinungen. Häufig ist die Thrombose von subduralen und epiduralen Abscessen begleitet, doch kommen letztere auch völlig unabhängig von Phlebitis vor.

Th. Husemann.

2. ***Ruptur einer Aortenklappe in Folge körperlicher Anstrengung.*** *Von Dr.* ***L. Tretzel.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 44.)*

Tretzel beschreibt einen solchen Fall bei einem 41 Jahre alten, vorher vollständig gesunden Manne, der nach einer sehr starken Muskelanstrengung plötzlich einen schmerzhaften Ruck in der Brust verspürte und bald darauf an sich selbst ein eigenthümliches, an Katzenschnurren erinnerndes Geräusch wahrnahm, das von seiner Brust herrührte. Es bildeten sich die charakteristischen Erscheinungen einer Insufficienz der Aortenklappen heraus, die nach einer Dauer von 26 Monaten den tödtlichen Ausgang herbeiführten. Die Autopsie bestätigte die Annahme einer Klappenruptur; der vordere Theil der rechten Klappe, der Aorta, war von der Insertionsstelle bis nahe zur Basis abgerissen und hing flottirend herab. *Tretzel* macht darauf aufmerksam, dass dieser Fall, ebenso wie die anderen bezüglichen, in der Literatur verzeichneten Beobachtungen gerade auf eine besondere Gefährdung des arbeitskräftigen Alters hinweist. Die Frage, ob eine solche durch körperliche Anstrengung entstandene Klappenruptur als Unfall im Sinne des Gesetzes anzusehen sei und einen Anspruch auf Invaliditätsrente begründe, glaubt er ohne weiteres bejahen zu müssen. *H. Levy*, Breslau.

3. ***Ueber nervöse Nachkrankheiten der Kohlendunstvergiftung.*** *Von Dr.* ***Paul Schwerin.*** *Aus der III. med. Klinik des Prof. Senator in Berlin. (Berlin. klin Wochenschr. 1891. 45.)*

Zunächst bespricht *Schwerin* die verschiedenen über das Wesen der Kohlenoxydvergiftung aufgestellten Theorien, unter denen die von *Klebs* begründete am wenigsten durch Einwände erschüttert und am besten durch anatomische Befunde gestützt ist. Die Wirkung des Kohlenoxydes lässt sich nach *Klebs* in 2 Factoren zerlegen: die Erweiterung der Gefässe und den Sauerstoffmangel. Die Gefässerweiterung rührt wahrscheinlich von der unmittelbaren Einwirkung des CO auf die Gefässwandungen her, nicht etwa von einer Lähmung des Sympathicus, da keine Pupillenerweiterung eintritt. Durch seine Theorie erklärt *Klebs* nicht nur die Ernährungsstörungen, resp. parenchymatösen Entzündungen der verschiedenen Organe, sondern auch den durch den Sauerstoffmangel nicht erklärten comatösen Zustand der Vergifteten, indem er annimmt, dass derselbe eine Consequenz des auf die Grosshirnrinde in Folge der Gefässerweiterung direct einwirkenden Blutdruckes sei. Durch den verschiedenen Zustand der Gefässe kann auch die verschiedene individuelle Disposition für die Kohlenoxydvergiftung ungezwungen erklärt werden. — *Schwerin* theilt dann einige interessante Fälle von Erkrankungen des Nervensystems nach Kohlendunstvergiftung mit, so z. B. Fälle von Psychosen, Neurosen, einen Fall von multipler Sclerose, Trophoneurosen (Herpes, Pemphigus, Gangraena), Fälle von Muskel- und Nervenstörungen, und stellt namentlich im Anschluss an letztere unter Hinweis auf zahlreiche Beobachtungen aus der Literatur und eine eigene in der Klinik des Prof. *Senator* gemachte, die Frage auf, wie solche partielle peripherische Nervenaffectionen zu erklären seien. Nach den Untersuchungen von *Klebs* bilden die parenchymatösen Degenerationen in den verschiedenen Organen und Geweben einen Hauptbefund bei der

Kohlenoxydvergiftung. „Es dürfte nun als nicht besonders anstössig betrachtet werden, wenn man annimmt, dass dieser Process in seiner höchsten Ausbildung zum Absterben des betreffenden Theiles, zur wirklichen Necrose führt, und dass die so veränderten Theile als Entzündungsreiz auf ihre Nachbarschaft wirken. Durch diese Annahme einer zur Necrose führenden Muskeldegeneration, an welcher die benachbarten Theile, besonders die Nerven, nur secundär theilnehmen, erklärt sich die Natur der nicht selten vorkommenden partiellen Lähmungen.“ *Schwerin* zeigt durch seine Casuistik, dass diese Theorie nicht zur Erklärung aller Fälle ausreicht. Vielmehr liegt es nahe, in manchen Fällen den Umstand zur Erklärung heranzuziehen, dass während der meist längere Zeit dauernden Bewusstlosigkeit der Erkrankte auf der betreffenden Seite, resp. auf der betreffenden Extremität gelegen hat, und dass dadurch eine Quetschung oder Zerrung der Nerven stattfand, welche schliesslich zu einer ausgedehnten Ernährungsstörung führte. Gerade für die drei Nerven Radialis, Ulnaris und Ischiadicus ist die Annahme einer Druckwirkung auch bei der Kohlendunstvergiftung einfacher und ungezwungener als die einer specifischen Wirkung des Kohlenoxyds auf die Nerven, weil dieselben wegen ihres Verlaufes an Knochen leicht an diese angepresst werden können.

H. Levy, Breslau.

4. ***Die Psychosen der Influenza.*** *Von Prof. Dr. Kirn. (Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. XLVIII. — Der Irrenfreund. 1891. 3 u. 4.)*

In einem Vortrage bei der 20. südwestdeutschen psychiatrischen Versammlung entwirft *Kirn* ein übersichtliches Bild über dieses Thema, „namentlich mit Rücksicht auf die hochinteressante Thatsache, dass bei keiner einzigen ätiologisch verwandten Erkrankung das Nervensystem in gleich hohem Grade in Mitleidenschaft gezogen wird“. Am Schlusse seines instructiven, klaren Vortrages, dessen Grundlage 54 Fälle aus eigener und fremder Beobachtung bilden, resumirt *Kirn* folgendermassen: Die Influenza, welche unseren ganzen Nervenapparat mehr oder weniger zu schädigen geneigt ist, kann leicht durch Affection der psychischen Centren die Ursache von geistigen Störungen werden. Solche Influenzapsychosen sind, wie die jüngste Epidemie gelehrt hat, von grosser Häufigkeit und jedenfalls absolut häufiger, als Psychosen im Gefolge anderer acut-febriler Erkrankungen. Die psychischen Störungen entstehen entweder im febrilen Stadium und stellen sich dann, und zwar sehr häufig als sogenannte febrile Delirien dar, oder — aber weit seltener — als längerdauernde acute febrile Psychosen mit einem in der Regel günstigen Ausgang. Oder die Störungen treten nach Ablauf des Fiebers als postfebrile Psychosen auf, und zwar bald unter der Form der asthenischen Psychosen, bald unter der der einfachen Seelenstörungen, unter welchen die Melancholien bedeutend überwiegen. Alle diese Krankheitszustände, welche keinerlei specifisches Gepräge zeigen, haben ihrer Majorität nach einen günstigen, kurzzeitigen Verlauf zur Genesung, eine Anzahl derselben jedoch bietet schwerere Symptome, einen protrahirten Verlauf und eine zweifelhafte Prognose. Ausser den geschilderten wurden auch vereinzelte andere psychische Krankheitszustände, namentlich paralytische und hysterische Psychosen, sowie Fälle

von Paranoia auf Rechnung der Influenza gesetzt, bei deren näheren Ergründung es sich aber ergibt, dass sie bereits vor dem Grippeanfall vorhanden, aber nicht erkannt waren. Diese kann man ebenso wie die durch die Influenza ausgelösten Anfälle von Delirium potatorum als Pseudo-Influenzapsychosen den echten Fällen gegenüber kennzeichnen. Ursächlich ist es, anzunehmen, dass das die Nervenfasern zweifellos sehr gefährdende Influenzagift, das Toxin, wesentlich die Auslösung der Psychosen bedinge, und zwar bei den febrilen Psychosen unter Mitwirkung des Fiebers, bei den postfebrilen Psychosen auf Grundlage einer angeborenen oder erworbenen Prädisposition seine Wirkungen entfalte.

5. ***Zur Diagnostik der Brusthöhlengeschwülste.*** *Von Dr.* ***A. Fränkel.*** *Vortr. in der Berlin. med. Gesellsch. 28. October 1891. (München. med. Wochenschr. 1891. 45.)*

Fränkel hat 9 Fälle der Art im Krankenhause am Urban gesehen. Bei allen bis auf einen konnte die Diagnose gestellt werden, bei 5 Fällen wurde sie durch die Section verificirt; 3 sind noch in Beobachtung, davon 2 wahrscheinlich mit Tumor malignus, 1 vielleicht auch mit Aneurysma. Das einzige sichere Zeichen eines Tumor malignus ist das Auftreten von Geschwulstpartikeln im Sputum oder im Pleuraexsudat. Das ist bei Carcinom nicht selten, kommt bei Sarcom fast nie vor. Von anderen Symptomen, die nicht einzeln, sondern nur in ihrer Combination die Diagnose ermöglichen, ist besonders Dyspnoe zu nennen. Dieselbe wird besonders stark bei den Lymphosarcomen, die in den Bronchialdrüsen entstehen. Diese wuchern gern vom Hilus aus, den Bronchien folgend, in die Lungen hinein und comprimiren die Bronchien. Ein weiteres Symptom ist der Stridor und ganz besonders Stimmbandlähmungen. Doppelseitige Recurrensparalyse spricht sehr viel mehr für Tumor, als für Aneurysma. Nur bei ganz grossen Aneurysmen der Aorta descendens kann das vorkommen und diese sind leicht erkennbar. Pulsation ist nur für Aneurysma verwerthbar, wenn sie circumscript ist und von Schwirren begleitet; auch mit Cyanose und Schmerz ist nicht viel anzufangen. Schmerz findet sich, wenn die Tumoren auf den Knochen übergreifen, aber auch, und manchmal sehr vehement, bei Aneurysmen, vielleicht beruhend auf Periaortitis, welche die Plexus cardiaci ergreift. Auch die Cyanose, die manchmal in wenigen Stunden zu excessiver Stärke, zur pflaumenblauen Färbung der ganzen oberen Körperhälfte führt, kommt bei Tumoren und Aneurysmen vor, bei letzteren bei Durchbruch des Aneurysma in den rechten Ventrikel oder in die Vena cava superior; bei ersteren, wenn die Umklammerung der oberen Hohlvene durch die Geschwulstmassen zur Totalthrombose führt. Ferner kommen in Betracht das himbeergeléeartige Sputum, unregelmässige Dämpfungen am Thorax und das Verhalten des Pleuraexsudates. Empyeme, deren Eiter zum grossen Theile aus fein emulgirtem Fett bestand, hat *Fränkel* bei Tuberculose beschrieben. Solche kommen auch bei Tumoren vor, wie *Quincke* zuerst feststellte. Ausserdem kommen auch Tumorenbestandtheile im Exsudat vor, und ferner grosse Vacuolenzellen, eine hydropische Degeneration von Endothelien, die mit dem Tumor nichts zu thun haben, die

sich auch bei einfacher Pleuritis fanden, aber bei Tumoren in ganz enormer Grösse erscheinen, bis 20mal so gross wie ein weisses Blutkörperchen.

6. ***Hydrastis canadensis bei Phthise.*** *Von* ***Judson Palmer.*** *(Revue de thér. 1891.)*

Bis in die neueste Zeit hinein war und ist die Hydrastis nur bei gewissen Hämorrhagien, speciell bei Uterusblutungen, angewandt worden. *Judson Palmer* theilt nun mit, dass er das Mittel seit 30 Jahren bereits auf die Oberfläche entzündlich afficirter Schleimhäute und in erster Reihe der Pharynxschleimhaut in Gebrauch habe. Nicht minder günstigen Erfolg sah er bei Anwendung des Mittels, wenn möglich in directer Application auf die krankhaft afficirte Bronchialschleimhaut. Seit 4 Jahren verwendet er das Mittel zu Inhalationen mittelst Dämpfen. In einem Falle wurde diese Inhalation bei Bronchitis und chronischer Hepatisation der Lunge angewandt, und *Judson Palmer* konnte beobachten, dass nicht nur die Bronchitis, sondern auch die Hepatisation schwand. Seit 3 Jahren gebraucht *Judson Palmer* das Mittel auch bei Phthisen verschiedenen Grades mit sehr zufriedenstellendem Erfolg. Im ersten Monate verschwinden die Nachtschweisse, Husten und Expectoration werden geringer, der Appetit steigt an, das Körpergewicht nimmt zu. In Verbindung mit Kochsalz 1 : 3 sind die Erfolge noch günstiger. Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

7. ***Beiträge zur Therapie des pleuritischen Exsudates.*** *Von Dr.* ***Siegmund Oerl.*** *(Pest. med.-chir. Presse. 1891. 26.)*

Oerl theilt eine Krankengeschichte mit, nach welcher ein 29jähriger Landmann erst an Bronchitis und Pleuritis exsudativa erkrankte, wo bereits die Punction in Aussicht genommen war, und dann plötzlich acuten Gelenkrheumatismus bekam. Gegen diesen wurden 4 Tage lang 4·0 Grm. täglich Natr. salicyl gereicht, worauf am 5. Tage die rheumatischen Beschwerden schwanden und auch das seit 12 Wochen bestehende Exsudat fast verschwunden war. Nach Fortsetzung der Therapie, nach weiteren 4 Tagen nahm das Exsudat noch mehr ab und wurde schliesslich ganz absorbirt. *Oerl* schliesst aus diesem Fall, wie auch anderen weiterhin beobachteten ähnlichen Fällen, wo Salicylsäure bei pleuritischen Exsudaten günstig wirkte, zwar nicht, dass Polyarthr. rheum. acut. und Pleuritis acut. auf gleicher rheumatischer Basis beruhen, sondern glaubt, dass das Natr. salicyl. nur eine specifische Wirkung auch bei serösen pleuritischen Exsudaten habe. Die Arbeit *Fiedler's* scheint ihm nicht bekannt gewesen zu sein. *Knauthe.*

8. ***Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Chinin.*** *Von* ***E. Ungar.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 18.)*

Ungar hat schon im Jahre 1868 darauf aufmerksam gemacht, dass der Keuchhusten in den meisten Fällen durch die consequente Anwendung kräftiger Gaben salzsauren Chinins heilbar sei und

eine ganze Reihe von Nachprüfungen in Deutschland, England und Nordamerika hat diese Angabe bestätigt. In der vorliegenden Abhandlung erörtert *Ungar* die Ursachen, aus denen es zu erklären sei, dass die Chininbehandlung des Keuchhustens sich in ärztlichen Kreisen noch lange nicht der Anerkennung erfreut, welche sie verdient, „dass sie noch nicht so gewürdigt wird, als es im Interesse der kleinen Pat., deren Wohlergehen durch diese Krankheit so sehr gefährdet wird, wünschenswerth wäre". Zuerst ist es die Scheu der Aerzte vor dem Chinin, welches Manche für ein gefährliches Arzneimittel halten. *Ungar* hat von seinen grossen Gaben nie ein anderes übles Symptom gesehen als das bekannte Ohrensausen, nicht einmal vorübergehende Schwerhörigkeit. Die Augen, die Nieren, das Nervensystem, die Harnwege, die äussere Haut, welche bei Erwachsenen auf Chinin zuweilen mit allerlei Nebenwirkungen reagiren, blieben ausnahmslos verschont. *Ungar* ist der Ueberzeugung, dass das Kindesalter das Chinin besser erträgt, als die späteren Lebensalter. Und was den dem Chinin so oft gemachten Vorwurf angeht, es schädige den Magen, bewirke Erbrechen, so stellt er fest, dass das Erbrechen des Keuchhustens das erste dem Chinin weichende Symptom ist. Wird dem Magen ein schwer lösliches Präparat, d. h. das höchst unzweckmässige officinelle Chininsulfat, einverleibt, so wirkt dieses reizend auf die Magenwand, weil es als ungelöster Ballast auf ihr liegt; aber das salzsaure, in zweckmässiger Form gegeben, wird rasch aufgesaugt, in den Dünndarm weiter befördert und von den Verdauungsorganen gut ertragen.

Zu kleine Gaben sind eine weitere Ursache,* weshalb das Chinin im Keuchhusten unwirksam bleibt. Wer nicht den Muth besitzt, mit den Gaben zu operiren, welche von Anfang an als unerlässlich für den Erfolg empfohlen wurden, möge lieber gar kein Chinin verordnen, denn kleinere helfen nichts und entwerthen nur die Methode. *Ungar* sagt: „So viel Decigramm pro dosi als Jahre alt, gebe ich in der Regel nur bis 4 Jahre einschliesslich alten Kindern und behalte die Gabe von 0·4 im Allgemeinen auch für ältere als 4 Jahre alte Kinder bei, dieselbe nur ausnahmsweise auf 0·5 steigernd. Bei weniger als 2 Jahre alten Kindern lasse ich dafür wiederum nöthigenfalls verhältnissmässig grössere Mengen Chinin anwenden, so dass ich z. B. einem kräftigen Kinde von 3 Monaten schon 0·05 Grm. Chinin pro dosi darreichen lasse und mich nicht scheue, für einen 6monatlichen Säugling zeitweise als Einzelgabe bis 0·1, für ein 1 Jahr altes Kind 0·1, für ein 1 $^1/_2$ Jahre altes Kind 0·2 Chinin zu verordnen, wenn ich auch in der Regel mehr Centigramm als das Kind Monate alt nicht darreichen lasse. So lasse ich also bei jüngeren Kindern noch grössere Dosen Chinin verabreichen, als wie *Binz* vorschlug, und führe es darauf auch zurück, dass ich zuweilen noch bessere Erfolge sah, als wie *Binz* von der Chininbehandlung sie rühmt. Selbstverständlich bildet das Alter nicht den einzigen Maasstab für die Dosis, sondern es wird auch dem Gesammtverhalten des einzelnen Kindes Rechnung getragen. Jene grösseren Gaben lasse ich in der Regel nur einige Tage hindurch nehmen, zuweilen nur 3—4 Tage, meist 5—6 Tage, nicht selten aber auch

6—8, ja 10 Tage, indem ich dieselben verlasse, wenn sich eine deutliche Besserung bemerklich macht. Nach Eintritt der Besserung gehe ich zunächst mit den Einzelgaben herunter . . . Ausdrücklich warnen möchte ich aber vor allzu rascher Verminderung der Chinindarreichung oder plötzlicher Unterbrechung in der Darreichung des Mittels, wenn anscheinend der erwünschte Erfolg eingetreten ist; gar leicht tritt alsdann, wie ich mich wiederholt überzeugen konnte, eine Verschlimmerung und ein vollkommener Rückfall ein. Um das zu verhüten, lasse ich noch tagelang, nachdem die eigentlichen Paroxysmen aufgehört haben, mit der Darreichung einer kleineren Dosis fortfahren."

Ungar betont weiter, dass es verkehrt wäre, augenblickliche Erfolge zu erwarten. Sie kommen in der That hier und da vor und *Ungar* bringt einige Beispiele dieser Art bei; allein in der Regel dauert es 3—6 Tage, bis der Nachlass des Erbrechens und der Heftigkeit und Häufigkeit der Anfälle die beginnende Besserung anzeigt. Dann aber pflegt der Rückgang der Krankheit auch ein deutlicher, rascher und andauernder zu sein, und bald ist sie nichts mehr als ein für den Pat. und seine Umgebung durchaus erträglicher und für jenen insbesondere ganz ungefährlicher Bronchialcatarrh. Der bittere Geschmack ist ein wesentliches Hinderniss für die Anwendung des Chinins und nicht Jedermanns Sache ist es, diese Schwierigkeit zu überwinden. Dass aber da, wo das genügende Geschick und die nöthige Ausdauer vorhanden ist, die Beibringung doch gelingt, beweisen abermals die vorliegenden ausführlichen Mittheilungen. Und nicht nur die Kinder verweigern Anfangs oft die Aufnahme des Chinins: die erwachsenen Angehörigen geben es nicht — aus vermeintlicher Schonung für die Kinder und aus Bequemlichkeit für sich — und hintergehen den Arzt mit der Versicherung, die verordnete Arznei sei ohne jegliche Wirkung geblieben, ungeachtet ihrer vorschriftsmässigen Anwendung.

Das geschmackfreie gerbsaure Chinin dient als Nothbehelf da, wo die Beibringung des salzsauren in keiner Weise möglich wird. Es enthält bedeutend weniger der wirksamen Substanz, ist weniger leicht aufsaugbar, muss deshalb in stärkerer Gabe als dieses verabreicht werden und wirkt bei weitem langsamer. Das alte schwefelsaure Chinin soll man nicht verordnen, weil es in einem kranken, salzsäurefreien Magen ungelöst liegen bleibt und zum schädlichen Reiz wird. Das Beibringen des salzsauren Chinins wird in Zukunft wesentlich erleichtert werden durch die bequeme Möglichkeit subcutaner Einspritzung. Einen besonderen Vorzug der Chininbehandlung des Keuchhustens sieht *Ungar* noch darin, dass bei ihr das Auftreten der gefürchteten Complicationen seitens der Lungen weniger oft beobachtet wird. Ist aber dennoch capilläre Bronchitis und lobuläre Pneumonie bereits eingetreten, so werden sie, auch nach *Ungar*'s Beobachtungen, durch eine auch dann noch eingeleitete energische Chininbehandlung auf das Günstigste beeinflusst. Ueberhaupt bekommt man bei der Behandlung des Keuchhustens mit Chinin den Eindruck, dass es ungleich den nur anfänglich und vorübergehend wirkenden Mitteln, wie Chlorhydrat und Bromkalium, nicht nur nervenberuhigend sei, sondern dass es gegen die offenbar parasitäre Krankheitsursache angeht.

9. ***Notiz zur Anwendungsweise der Trichloressigsäure.*** *Von* ***C. Wegele,*** *Bad Königsborn i. Westphal. (Allg. med. Central-Ztg. 1891. 85.)*

Da mehrere Autoren Schwierigkeiten in der Application dieser Säuren in festem Zustande gehabt haben, so macht *Wegele* auf eine Methode aufmerksam, die sich ihm bisher sehr bewährt hat: Man nimmt eine gewöhnliche (vernickelte oder versilberte) Hohlsonde mit möglichst tiefer und schmaler Rinne und presst in das vordere Ende einen oder mehrere Krystalle, indem man solche an die Wandung oder den Hals der sie enthaltenden Flasche andrückt. Darnach reinigt man mit einem Wattebäuschchen die Rückseite von etwa anhaftender flüssiger oder fester Säure und kann nun mit der so armirten Sonde mit Leichtigkeit gut localisirte Aetzungen vornehmen, während das Septum durch die metallene Rückseite vollständig geschützt bleibt. Ein Herausfallen der Krystalle ist Verf. bei keiner Stellung der Sonde bis jetzt vorgekommen.

10. ***Ein neues Antisepticum für den Darmcanal. Benzoesaures β-Naphthol (Benzonaphthol).*** *Von* ***Yvon*** *und* ***Berlioz.*** *(Semaine méd. 1891. 53. — Allg. med. Central-Ztg. 1891. 91.)*

Seit einiger Zeit wendet man in der medicinischen Praxis für β-Naphthol eine Verbindung desselben mit Salicylsäure, das salicylsaure Naphthol oder Bethol, an. Dieses salicylsaure Naphthol entspricht indessen nicht allen therapeutischen Indicationen, besonders, wo es sich um erkrankte Nieren handelt. Es gibt nun andere organische Säuren. welche die Fähigkeit haben, sich mit β-Naphthol zu analogen Verbindungen zu vereinigen. Unter denselben ist wohl die Benzoesäure am vortheilhaftesten, sowohl vom Standpunkte der Therapie, wie von dem der Chemie. Die antiseptische Wirkung des Medicamentes steht höher, als die der Salicylsäure selbst, seine Toxicität ist dabei schwächer. Diese Erwägungen haben Verff. bewogen, eine Verbindung herstellen zu lassen, welche unter dem Namen β-Naphthol oder Benzonaphthol in den Handel gebracht worden ist. Aus der alkoholischen Lösung krystallisirt es in feinen Nadeln. Nach der Vereinigung des Medicamentes mit Natronlauge stellt es sich dar unter der Form eines weissen krystallinischen Pulvers. Wie das salicylsaure Naphthol, ist auch das Product geruch- und geschmacklos. In Wasser ist das Medicament fast vollkommen unlöslich bei gewöhnlicher Temperatur, bei einer Temperatur von 22° halten 1000 Grm. Wasser etwa 10 Cgrm. Benzonaphthol. Seine Löslichkeit in Alkohol wächst mit der Temperatur. In Aether ist es sehr wenig löslich. Chloroform löst es am besten. 100 Grm. dieser Flüssigkeit lösen in der Kälte 29 Grm. Lässt man die Chloroformlösung bei Gegenwart eines Stückes caustischen Kalis kochen, so darf diese letztere sich nicht blau färben, sonst zeigt sie die Gegenwart von Campher an. Das Benzonaphthol, in den Tractus digestorius eingeführt, zersetzt sich in β-Naphthol, welches im Darmtractus bleibt und in Benzoesäure, welche sich im Urin ausscheidet. Ein Theil dieser Säure geht in Hippursäure über. Was die physiologische Wirkung des Mittels anlangt, so sind die Studien hierüber noch nicht abgeschlossen, indessen kann man schon jetzt Folgendes aussprechen: 1. Die

Toxicität des Medicamentes ist sehr schwach. 2. Die antiseptische Wirkung ist vergleichbar derjenigen von Substanzen, welche im Allgemeinen sich für die Desinfection des Darmtractus als geeignet erwiesen haben. 3. Die Diurese wird durch das Medicament erleichtert, die Toxicität des Harns wesentlich verringert. 4. Der vom Organismus aufgenommene Theil des Medicamentes wird schnell durch den Urin ausgeschieden. 5. Es kann in sehr hohen Dosen angewandt werden; so kann man leicht bis zu 5 Grm. pro die beim Erwachsenen und bis 2 Grm. beim Kinde geben, indessen empfiehlt es sich, es in kleinen Quantitäten und dafür häufiger zu geben in Dosen von 0·5 Grm., welche entweder in Oblaten oder in irgend welchem Vehikel, welches sich gerade darbietet, verabreicht werden.

11. ***Ueber Benzoyl-Guajacol als Ersatzmittel des Kreosots.*** *Von Dr.* **F. Walzer.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 45.)*

Mit Rücksicht auf die mannigfachen unangenehmen Nebenwirkungen der im Handel befindlichen Kreosotpräparate, die mehr oder weniger mit Kressolen verunreinigt sind, muss als ein wirklicher und bedeutender Fortschritt in der medicamentösen Behandlung der Lungenphthise die Darstellung eines Präparates bezeichnet werden, welches zunächst frei von schädlichen Beimischungen (Kressolen), ferner geruch- und geschmacklos ist und dennoch die gerühmten Erfolge des Kreosots erzielt, das aber andererseits eine constante, auf seine Bestandtheile controlirbare Verbindung bildet. Ein solches Präparat ist von dem Apotheker Dr. *Bongartz* in Aachen dargestellt, besteht aus einer Verbindung von Benzoësäure und Guajacol und führt den Namen Benzoyl-Guajacol oder Benzosol. Es ist in reinem Zustande ein farbloses, fast geruch- und geschmackloses, krystallinisches Pulver, das schon im Magen sich zu lösen beginnt und im Dünndarm vollständig in seine Bestandtheile zerfällt. *Walzer* hat im Mariahilfspital in Aachen 10 Phthisiker längere Zeit hindurch ausschliesslich mit diesem Mittel behandelt und ebensolche, wenn nicht etwas bessere Erfolge damit erreicht wie mit dem Kreosot. Die quälenden Hustenanfälle wurden gekürzt und gemildert, der theilweise sehr copiöse Auswurf verringerte sich, ebenso die hectischen Schweisse. Besonders besserte sich der Appetit und mit ihm das ganze Allgemeinbefinden, was sich in einer Zunahme des Körpergewichtes documentirte. Was die Dosis betrifft, so wurden zuerst 0·25 Grm. mit etwas Eleosaccharum Menthae 3mal täglich nach dem Essen verabreicht und diese Dosis nach je 5 Tagen um je 0·1 Grm. gesteigert. Das Präparat wurde so gut vertragen, dass allmälig sogar 1·0 Grm. 3mal täglich gegeben werden konnte, d. i. eine Menge, die 1·6 Grm. Guajacol enthält und die bisher im Kreosot ebensowenig, wie allein beigebracht werden konnte. Unangenehme Erscheinungen wurden nicht beobachtet. Der bald nach der Einnahme entstehende leichte Guajacolgeschmack hielt nicht lange an. Dass eine Zerlegung des Benzosols und Resorption im Magendarmcanal stattfindet, wurde mit Sicherheit erwiesen; bereits nach einer halben Stunde trat Guajacol im Harn und Speichel auf, die Benzoësäure wurde grösstentheils als solche, theils als Hippursäure ausgeschieden. *H. Levy*, Breslau.

12. ***Strychnin — kein Heilmittel gegen die Trunksucht.*** *Von Dr.* ***Kleefeld.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 39.)*

Angeregt von den Berichten der russischen Aerzte *Portugalow-Sawara* und *Jergolski*, welche dieselben mit subcutanen Strychnininjectionen bei der Behandlung der Trunksucht erzielt haben sollen (s. Med.-chir. Rundschau. 1891. pag. 709) wurden im Stadtkrankenhause zu Görlitz auf Anordnung des dirigirenden Arztes Sanitätsrath Dr. *Kleefeld* sieben notorische Säufer einer zehntägigen Strychnincur unterworfen, und zwar wurden Tagesmengen von 0·001 steigend bis 0·004 Strychnin. nitric. subcutan injicirt. Die Erfolge sind als absolut negativ zu bezeichnen. Es ergab sich zwar in zwei Fällen, dass der Vomitus matutinus erheblich stärker wurde, ein Widerwille gegen Alkohol war jedoch bei keinem einzigen Säufer zu verspüren. Im Gegentheil wurde nach Beendigung der Cur, während welcher Alkohol nicht gereicht worden war, von sämmtlichen der langentbehrte Schnaps mit grosser Begierde genossen, und selbst doppelte Rationen desselben brachten nicht die geringsten Beschwerden hervor. Auch nach der Entlassung aus dem Krankenhause waren alle, soweit sich Erkundigungen über die Lebensweise einziehen liessen, nach wie vor in hohem Maasse der Trunksucht ergeben. Demnach kann das Strychnin nicht als Heilmittel gegen Trunksucht empfohlen werden.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

13. ***Zur Reposition des verrenkten Oberarmes.*** *Von Dr.* ***J. C. Sewening.*** *(Allg. med. Central-Ztg. 1891. 97.)*

Verf. veröffentlicht folgende Methode der Einrichtung des verrenkten Oberarmes, die ihm gute Dienste leistete. Man nimmt ein langes, womöglich doppeltes Handtuch, schlingt dasselbe so oberhalb des Ellbogens um den Oberarm, dass die beiden Enden hinten am Arm herunterhängen. Diese beiden Enden werden in einer solchen Entfernung vom Arm zusammengeknüpft, dass der Arzt durch die entstehende Oeffnung dann den Kopf stecken kann. Man lässt nun den Kranken auf einer Fussbank oder an der Erde sitzen und die verletzte Schulter in der gewöhnlichen Weise durch die übereinandergelegten Hände des Assistenten fixiren. Nun kniet man neben dem Verletzten nieder, steckt den Kopf durch die Oeffnung des Handtuches, umfasst mit den Händen den obersten Theil des Oberarms und erhebt sich allmälig. Der Arm geht auf diese Weise mit in die Höhe und wird extendirt und die um den Oberarm gelegten Hände vollführen die Reposition. Am besten erreicht man diesen Zweck, wenn man den Gelenkkopf während der Extension etwas nach unten drückt, sowohl bei der Luxation nach hinten, wie nach vorn und nach unten. Der Gelenkkopf nähert sich bei den beiden ersten Arten so der Oeffnung, durch welche er ausgetreten, und kommt bei allen dreien leichter über den Widerstand, welchen die Pfannenwand bietet, hinweg. Der Hauptvortheil dieser Methode besteht darin, dass man die Hände nicht zur Extension nöthig hat, sondern dieselben zur Reposition verwenden kann.

14. ***Dermatol in der gynäkologischen Praxis.*** *Von Dr.* ***Glaeser.*** *(Centralbl. f. Gyn. 1891. 25 u. 40.)*

Glaeser berichtet über ausgedehnte Versuche in der gynäkologischen Klinik des Professor *Fritsch* in Breslau. Nachdem er sich von der Heilkraft und Ungiftigkeit des Mittels überzeugte, wandte er dasselbe in ausgedehntem Masse an. Vor Allem bei frischen Wunden hatte er so ausgezeichnete Resultate, dass er meint: „das Präparat für solche nicht genug empfehlen zu können". Laparotomiewunden waren unter Dermatol nach zwei Tagen schon fest verschorft. Auch bei älteren Wunden mit ausgedehnter Gewebsnecrose, granulirende Wunden mit grossen Defecten leistete ihm das Dermatol vorzügliche Dienste. Schliesslich verliefen auch Totalexstirpationen, versenkte Myomstümpfe, ein Fall von Extrauteringravidität mit nicht entferntem Fruchtsack, bei reichlicher Dermatolbehandlung durchaus günstig. In der neueren Mittheilung stellt sich *Glaeser* die Aufgabe, das Anwendungsfeld des Dermatols von dem des Jodoforms schärfer abzugrenzen. Das Dermatol ist ein fast gänzlich unlöslicher, absolut reizloser und secretionsvermindernder Körper, das Jodoform zersetzt sich in Berührung mit den Körpersäften, es wirkt eher reizend und die Secretion vermehrend. Daher kann bei jauchenden Wunden, bei zerfallendem Carcinom, bei sich zersetzenden Aborten das Dermatol (das nur in directer Berührung mit den Keimen, beziehungsweise dem Gewebe wirkt) das durch seine Zersetzung tiefer wirkende Jodoform nicht ersetzen. Ferner ist bei beginnender Demarkirung necrotisirter Partien Dermatol contraindicirt, weil es die Secretion herabsetzt und die Losstossung necrotischer Partien verzögert. Schliesslich ist bei schlaffen, reizlosen Granulationen, wie schon *Sackur* betonte, nicht das reizlose Dermatol, sondern irritirende Mittel angezeigt. „Sobald wir frische Wunden vor uns haben, frisch granulirende, gereinigte Höhlenwunden, dann stehen die Vorzüge einer Dermatolbehandlung ausser allem Zweifel. Wir kennen kein anderes Trockenantisepticum, welches die primäre Verklebung aseptischer Wunden so begünstigt, bei gleichzeitiger absoluter Unschädlichkeit." Das Dermatol ersetzt ferner eine bisher unerfüllte, dem Gynäkologen sehr fühlbare Lücke. Es war bisher unmöglich, eine genähte Damm- oder Fistelwunde einigermassen sicher abzuschliessen. Das Dermatol bildet nun in kürzester Zeit einen schützenden Schorf, unter dem primäre Wundheilung erfolgt. Nicht minder vorzüglich waren die Erfolge bei Prolapsoperationen und Dammplastiken. Die Nähte wurden durchgängig nach 6 Tagen entfernt; Patienten in besserer socialer Stellung konnten schon nach zehn bis zwölf Tagen entlassen werden. Ebenso bewährte sich das Dermatol bei Fisteloperationen, kurz bei allen Operationswunden, deren primäre Verklebung in Folge Secretion der Umgebung bisher in Frage stand. Dr. *R. Heinz.*

15. ***Acute Hypertrophie der Mammae.*** *Von* ***T. J. Crofford,*** *Memphis in Tennessee. (Amer. Journ. of obstetr. 1891, Juni-Heft, pag. 695.)*

Ein 15jähriges Mädchen, das erst einige Monate nach dem 14. Lebensjahre zu menstruiren begonnen und um diese Zeit an Influenza, sowie an Mumps gelitten, zeigte ein ganz excessives Wachsthum der Brüste. Alle Versuche, dem Wachsthume Einhalt zu thun, misslangen, so dass man sich entschliessen musste, die

Mammae operativ zu entfernen. Die exstirpirte linke Mamma wog 13 Pfund, die rechte $11^1/_2$ Pfund. Das Mädchen genas und blieb weiterhin gesund. Auffallend war bei der Operation die Blutarmuth der Drüsen, während die sie deckende äussere Decke grosse Venenzüge zeigte. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein diffuses Fibrom handelte, bei dem die Acini nur hier und da zu Grunde gegangen waren. Gleichzeitig waren die Lymphgefässe auffallend erweitert. Fett fand sich keines in der Masse des Tumors, nur etwas davon lag zwischen äusserer Haut und Drüse. An einer umschriebenen Stelle fand sich ein etwa walnussgrosser blassrother Tumor, der seinem Baue nach einem Spindelzellsarcome ähnelte und embryonales Bindegewebe zeigte.

Kleinwächter.

16. ***Ueber den Zusammenhang der Veränderungen des weiblichen Genitalapparates mit anderen Erkrankungen.*** *Von Prof.* **Friedrich Schauta.** *Aus der Eröffnungsvorlesung bei Uebernahme der geburtshilflichen Lehrkanzel. Wien 1891.*

In kurzer, aber prägnanter Weise gibt der Vortrag des Wiener Gynäkologen eine Uebersicht all der vielfältigen Beziehungen zwischen der physiologischen und pathologischen Thätigkeit der weiblichen Genitalorgane und der Thätigkeit des Gesammtorganismus überhaupt und erörtert die Einzelheiten dieses hochinteressanten Themas durch zahlreiche Beispiele solcher Beziehungen. Wir entnehmen hier nur das für den praktischen Arzt Wichtigste über den Zusammenhang, in welchem die Functionen und Krankheiten des weiblichen Genitale die anderweitigen Krankheiten des Körpers beeinflussen oder hervorrufen. Es wird der thatsächlich nicht wegzuleugnende Einfluss des Geburtsactes auf die Herzthätigkeit bei Klappenfehlern des Herzens betont, auf die bei Herzverfettung nicht selten unter shokähnlichen Erscheinungen eintretenden Todesfälle beim Geburtsacte, dann die Thatsache, dass unter dem Einflusse der Schwangerschaft unbedeutende Teleangiectasien zu einem umfangreichen Aneurysma cirsoides anschwellen können, hingewiesen. Weiters werden als solche Momente angeführt, welche von der Schwangerschaft ausgehen: Die Magenbeschwerden, die in diesem Zustande fehlen, und mitunter zu lebensbedrohlicher Erscheinung des unstillbaren Erbrechens ansteigen; die Thatsache, dass die Hälfte sämmtlicher Fälle von acuter gelber Leberatrophie beim weiblichen Geschlechte Schwangere betrifft; die Anomalien, welche durch den puerperalen Zustand entstehen, die Dislocationen der grossen Unterleibsdrüsen, als Wanderleber, Wanderniere, Wandermilz durch Erschlaffung ihrer Befestigungsmittel und der Bauchdecken; die Steigerung der Gallensteinbeschwerden, die Nierenentzündung und Osteomalacie während der Schwangerschaft, endlich die auf Basis der Generationsvorgänge entstehende perniciöse Anämie. Als Beispiele von Erkrankungen des Körpers, welche durch p a t h o l o g i s c h e Zustände des weiblichen Genitale hervorgerufen oder beeinflusst werden, seien angeführt: die Erscheinung der sogenannten vicariirenden Menstruation als Blutung aus Lungen, Magen, Darm, Harnblase, Brustdrüse, Zahnfleisch, äusserem Gehörgange bei fehlender normaler Menstrualblutung; die Thatsache, dass bei

gewissen Sexualerkrankungen, besonders häufig bei Lageveränderungen des Uterus, Neurosen des Magens beobachtet werden; das mitunter beobachtete Auftreten von acuter Pancreatitis bei Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, das Entstehen von Hydronephrose bei Carcinoma uteri, bei parametranen Exsudaten in Folge von Compression der Ureteren; die Beobachtung, dass bei Myomen so häufig Herzdegenerationen vorkommen, welche die Prognose der operativen Eingriffe oft so ungünstig beeinflussen. Als Thatsachen, welche die Beziehungen des weiblichen Genitale zu chirurgischen Krankheiten erweisen, wird die Anschwellung der Schilddrüse bei jeder Menstruation, ganz besonders aber während der Schwangerschaft angeführt. In Gegenden, in denen der Kropf endemisch vorkommt, wird ein rasches Zunehmen der Strumen, von der Zeit der Pubertät an beim weiblichen Geschlechte constatirt. Auch bei Myomen findet man häufig Strumen. Für die Entstehung von Hernien ist die Schwangerschaft von grosser Bedeutung, die Frequenz der Hernien steigert sich beim Weibe von der Pubertät bis zum Climacterium, während beim Manne die Frequenz vollkommen gleich bleibt. Bekannt ist, dass bei Frauen mit vollkommen intacten Zähnen während der Gravidität zuweilen Caries eintritt, ferner das Auftreten von Speichelfluss bei Schwangeren. Eine grosse Bedeutung kommt der Gravidität zu für die Entstehung und Weiterentwicklung von Neubildungen nicht nur der Genitalien, sondern auch anderer Organe; besonders gefördert werden solche Neoplasmen, welche sich durch starke Vascularisation auszeichnen oder zum grösseren Theile aus Gefässen bestehen, wie die Teleangiectasien und cavernöse Tumoren. Nach Operation von bösartigen Tumoren tritt Recidive mit Vorliebe während einer nächsten Schwangerschaft ein. Ob die Callusbildung nach Fracturen durch Gravidität im ungünstigen Sinne beeinflusst wird, darüber sind die diesbezüglichen Beobachtungen nicht in Uebereinstimmung. Die Prognose von Verletzungen in Operationen während der Schwangerschaft ist jetzt bei der antiseptischen Methode nicht schlechter als bei nicht schwangeren Frauen. Die Krankheiten des Auges sind in mannigfachen Beziehungen zu den Sexualkrankheiten, während der Menstruation ist Eczem und Herpes der Conjunctiva, Blutung in der Netzhaut, Protrusion des Bulbus, Beeinträchtigung der Sehschärfe und der Grösse des Gesichtsfeldes beobachtet worden. Bei Amenorrhoe kann es vicariirend zu Blutungen in den Glaskörper, oder aus der Conjunctiva kommen, auch zu interstitieller Keratitis, Chorioiditis disseminata, intercurrirender Amaurose. Im Climacterium tritt nicht selten Iriochorioiditis auf. Bei Lageveränderungen des Uterus, Descensus, Retroflexio und -versio uteri wurde Reflexamblyopie beobachtet. Bei Entzündung des Beckenzellgewebes mit Schrumpfung entsteht eine als Copiopia hysterica bezeichnete functionelle Störung. Während der Gravidität, ebenso auch während der Geburt und im Wochenbette kommen häufig musculäre und accommodative Asthenopie, Polyopie, Strabismus, Retinitis albuminurica, Atrophie der Chorioidea mit vollkommener Amaurose, sowie Netzhautablösungen vor. Bezüglich des Gehörorganes tritt hier zuweilen „vicariirende Menstruation ein“, während der

Schwangerschaft und im Wochenbette kommt es zum Auftreten acuter und chronischer Mittelohrentzündungen. Hautkrankheiten werden sehr häufig durch Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane hervorgerufen oder verschlimmert. Während der Menstruation beobachtet man Hyperhidrosis, Acne, Seborrhoe, Erytheme, Menstruationserysipel, Herpes, Eczem, Urticaria, Pruritus vulvae, Blutergüsse in die Haut, Auftreten von Hautödemen. Letzteres auch im Climacterium. In der Schwangerschaft kommen Pigmentirungen, Chloasmata uterines im Gesichte, in der Linea alba, am Brustwarzenhofe u. s. w. vor, ausserdem Herpes, Eczem, Pruritus. In Fällen hartnäckiger Hauterkrankungen unbekannter Aetiologie fand *Schauta* fast immer eine Affection der weiblichen Genitalien. Ausserordentlich wichtig ist der Einfluss des weiblichen Genitale auf die Entstehung von Neurosen und Psychosen. Die letzteren können während des Puerperiums entstehen; etwa 10 Procent aller weiblichen Psychosen sind auf den puerperalen Zustand zurückzuführen, wie viele aber auf Krankheiten der weiblichen Sexualorgane beruhen, darüber gibt es noch keine Statistik. Während der Menstruation tritt häufig Verschlimmerung von Geistesstörungen ein, auch spricht man von Menstrualpsychose, wenn eine scheinbar früher normale Frau durch die Menstruation in einen psychisch abnormen Zustand versetzt wird. Bereits vor der Conception vorhandene Geistesstörungen werden durch die Schwangerschaft und Geburt in der Regel ungünstig beeinflusst, zuweilen auch im Gegentheile. Hereditär belastete neurasthenische Individuen vertragen wiederholte gynäkologische Untersuchungen, sowie langwierige örtliche Behandlung sehr schlecht, indem Verschlimmerung des Nervenleidens, ja sogar Ausbruch wirklicher Geistesstörung beobachtet wurde. Operationen, welche mit Entfernung des Uterus oder der Ovarien verbunden, sind in dieser Beziehung gleichfalls gefährlich. Prof. *Kisch.*

17. ***Ueber Mastcuren und ihre Anwendung bei Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.*** *Von Dr.* ***Arendt****, Berlin. Vortrag bei der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte 1891. (Allg. med. Central-Ztg. 1891. 85.)*

Es gibt eine ausserordentliche Anzahl von Sexualaffectionen, bei denen eine rein gynäkologische Behandlung inopportun ist. Bei der an den Arzt gerichteten Aufforderung, auch hier zu helfen und zu heilen, ist der Gedanke naheliegend, vor Allem Besserung der symptomatischen Beschwerden, Kräftigung und Stärkung der Constitution durch Herbeiführung besserer Ernährungsverhältnisse zu versuchen und auf diese Weise, so weit als möglich, Naturheilung einzuleiten. *Arendt* diente hierzu die von *Weir-Mitchell* angegebene und von *Playfair* zuerst bei Uterinleiden angewandte Mastcur. Zwingende Veranlassung zu dieser Behandlung war: 1. Wenn die Patientinnen in Folge langwieriger, fruchtloser gynäkologischer Behandlung nervös geworden (schwere Hysterie und Neurasthenie). — 2. Wenn die Patientinnen von vorneherein zur intravaginalen und intrauterinen Behandlung ungeeignet waren: *a)* Virgines, und zwar bei gewissen Formen von Dysmenorrhoe bei Menorrhagien im Anschluss an die Entwicklung, bei schweren Formen von Bleichsucht; *b)* bei

Hysterie, Hyperasthenie etc. — 3. Wenn die Patientinnen für später vorzunehmende gynäkologische Behandlung oder Operationen vorbereitet werden sollten. — 4. Wenn die Operationen verweigert wurden (z. B. bei Vorhandensein von Tubensäcken etc.). Die Cur wurde, so viel als möglich, nach den Vorschriften von *Weir-Mitchell* ausgeführt; in vielen Fällen sah *Arendt* sich gezwungen, von den gegebenen Vorschriften abzuweichen. Die Abweichungen bezogen sich: 1. Auf die Massage, die nicht immer vertragen wird und oft hysterische Krämpfe und Ohnmachtsanfälle hervorbringt; — 2. auf die Elektricität, deren Anwendung bei hyperalgischen und hyperästhetischen Personen ohne wesentlichen Vortheil, oft unerträglich ist; — 3. auf die Absonderung, die durchaus nicht immer nothwendig erschien. Die Mastcur, in ihrer physiologischen Wirkungsweise noch unbekannt, ergibt dem Beobachter folgende unleugbare Resultate: 1. Schneller und sicherer Fettansatz, Hypertrophie der Muskeln und Drüsen. — 2. Quantitative und qualitative Besserung des Blutes. 3. Schwinden aller nervösen Symptome, besonders jener der Hysterie. — 4. Resorption von Exsudaten und Exsudatresten und Resorption abgeschlossener Secrete. *Arendt* sah eine günstige Beeinflussung folgender Affectionen: 1. Dysmenorrhoe (3 Fälle), wenn sie *a)* auf vermehrter Irritabilität des Nervensystems und *b)* auf chronisch entzündlichen Reiz der Adnexa beruhte. 2. Para- und perimetritische Exsudate und Exsudatreste (2 Fälle), es waren lange Zeit fruchtlose Curen vorangegangen. — 3. Chronische Metritis und Endometritis (4 Fälle), hier traten besonders die hysterischen Symptome in den Vordergrund. — 4. Retroflexio uteri fixat. (3 Fälle), eine schnelle Lösung der Fixationen mit oder ohne Narcose war nicht zu erwarten; jede andere Behandlung war ohne Aussicht auf Erfolg. — 5. Tubensäcke (3 Fälle). — 6. Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane mit mannigfaltigen Complicationen (3 Fälle). — 7. Schwere Bleichsucht mit und ohne Abmagerung im Anschluss an die Entwicklung und an das Wochenbett (2 Fälle). — 8. Wanderniere (2 Fälle). *Arendt* erwähnt nachdrücklich, dass nicht die Affectionen an und für sich, sondern die begleitenden Umstände ihm zur Anwendung einer Mastcur Veranlassung gaben. Anfängliche Versuche und Beobachtungen führten später zur Erweiterung des Indicationsgebietes.

18. ***Ueber die Anwendung der Bromäthylnarcose in der chirurgischen Praxis.*** *Von* ***Th. Kölliker.*** *Centralbl. f. Chir. 1891. 20. — Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 43.)*

Die Bromäthylnarcose, welche bei den Zahnärzten einer ausserordentlichen Verbreitung sich erfreut, scheint unter den deutschen Chirurgen noch wenig Anhänger gefunden zu haben, und doch ist diese Narcose für jene Chirurgen, welche häufig kleinere Operationen auszuführen haben, von grossem Werthe. Jeder Leiter einer chirurgischen Poliklinik wird fast täglich vor die Frage gestellt, ob er diese oder jene kleine Operation mit oder ohne Chloroformnarcose vornehmen soll. Diese Fälle sind es nun, welche für die Bromäthylnarcose sich eignen. *Kölliker* selbst wendet die Bromäthylnarcose folgendermassen an: Die Vorbereitungen geschehen wie zur Chloroformnarcose, namentlich wird das Herz untersucht, der

Hals, die Brust und der Unterleib von beengenden Kleidungsstücken befreit. Der Kranke wird liegend narcotisirt. Empfehlenswerth ist es, alle äusseren Eindrücke möglichst fernzuhalten, sowie den Kranken zunächst an den Geruch des Bromäthyl zu gewöhnen. Man sorge also für absolute Ruhe im Operationszimmer und träufle zunächst nur wenige Tropfen in die Maske. Nach einigen Secunden wird dann das ganze vorgesehene Quantum aufgeschüttet und die Maske möglichst luftdicht aufgelegt Der Puls wird während der Narcose beobachtet, ein Assistent meldet, die Uhr in der Hand, die 30. und 50. Secunde seit Beginn der Narcose Um festzustellen, wann die Narcose eingetreten ist, wird ein Arm des Kranken emporgehoben; sobald er den Arm sinken lässt, ist der Zeitpunkt zur Operation eingetreten; in der Regel ist das nach 50—60 Secunden der Fall. Die Narcose hält 1—3 Minuten an. Als Dosis werden für Kinder 5—10 Grm., für Erwachsene 10—15 Grm. benützt; als Maske die von *Skinner*, welche mit einem Gummiüberzuge zu versehen ist; zweckmässig überdeckt man noch die ganze Maske mit einem Flanelltuche. Irgend welche unangenehmen Ereignisse bei der Narcose in der hier angegebenen Weise wurden bis jetzt nicht beobachtet. In einem Falle stellte sich nach Vollendung der Operation — Thermocauterisation eines gangränösen Schankers — und nach Entfernung der Maske eine kurz dauernde lebhafte Excitation ein. Unmittelbar nach der Narcose sind die Kranken so frisch wie vor derselben; Nachwehen fehlen. Die Eingriffe, welche unter Bromäthylnarcose vorgenommen werden können, sind: 1. Abscessincisionen jeder Art. 2. Incisionen nicht zu ausgedehnter Phlegmonen. 3. Tenotomien. 4. Thermocauterisationen (Angiome, phagedänische Geschwüre etc.). 5. Sequesterextractionen (Panaritien, Knochensyphilis). 6. Exstirpationen kleiner Tumoren. 7. Evidement tuberculöser Drüsen, kleinerer tuberculöser ostitischer Herde, nicht zu ausgedehnter lupöser Stellen.

19. ***Das Fieber und die Verstopfung bei den Operirten.*** *Von Dr.* ***Périer****. (Gaz. d. hôp. 1891. 101. — Centralbl. f. Chir. 1891. 47.)*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Ursache von Fieber nach Operationen, die im Allgemeinen wenig beachtet wird und für die Beurtheilung des Fiebers von praktischer Bedeutung ist. Es ist dies die Stuhlverstopfung, die heutzutage in der antiseptischen Aera neun Zehntel aller Fälle von Fieberbewegungen nach der Operation bedinge. Er erinnert an den Ausspruch *Chassaignac's*: „Ein Fieberfrost kann bei Operirten von drei Ursachen herrühren: vom Erysipel, von Eiterinfection und von Verstopfung.“ Verf. sah nach Operationen Temperaturen über 40°. die nach einem leichten Abführmittel verschwanden. Er führt dieses Fieber auf eine intestinale Autoinfection zurück, die durch Bildung und Resorption von Ptomaïnen in den stagnirenden Kothmassen zu Stande komme. Man soll daher 1 oder 2 Tage vor jeder Operation für Entleerung des Darmes Sorge tragen. Bei allen ernsten Operationen und besonders bei solchen in der Bauchhöhle soll direct eine „intestinale Antisepsis“ angestrebt werden, was am besten durch mehrtägige Darreichung von β-Naphthol und salicylsaurem Wismuth geschieht. Entsteht ein Fieber nach der Operation, so gebe

man sofort ein Abführmittel, ausgenommen in wenigen Fällen (z. B. nach Operationen am Nahrungscanal selbst), wo der Darm absolute Ruhe verlangt. Als empfehlenswerthestes Abführmitt-l nach Operationen bezeichnet Verf. die „Limonade purgative" (eine Auflösung von Magnes. citr. effervesc.), während Klystiere in diesen Fällen weniger befriedigende Resultate geben.

20. ***Ein Beitrag zur Trepanation wegen traumatischer Rindenepilepsie.*** *Von Dr.* ***Franz Fink.*** *Aus der chir. Klinik von Prof. Gussenbauer. (Prag. med. Wochenschr. 1891. 30. — Centralbl. f. Chir. 1891. 47.)*

Der Fall betraf einen Mann, der im August 1881 von einer Schiffsschraube an der rechten Schädelhälfte schwer verletzt worden war. Die Verletzung bestand in einer complicirten Schädelfractur (Splitter und Spaltbruch durch die rechte Stirnhälfte und das Seitenwandbein) mit Zermalmung der Hirnsubstanz. Der Wundverlauf war sehr günstig; es bestand nur Herabsetzung der Sehschärfe des rechten Auges, die später wieder gehoben wurde. Nach 4 Wochen wurde Pat. „geheilt" entlassen. Pat. blieb fast 10 (!) Jahre lang arbeitsfähig und hatte bis auf zeitweilige Kopfschmerzen keine nennenswerthen Beschwerden. Im Mai 1891 traten plötzlich, ohne jede Veranlassung, im Schlafe Krämpfe auf, die 10 Minuten anhielten, sich in den nächsten Tagen wiederholten und schliesslich in tiefes Coma übergingen. Die auch dann noch anfallsweise auftretenden Krämpfe bestanden in chronischen und tonischen Zuckungen zuerst der linken, dann der rechten Körperhälfte, verbunden mit Cyanose, kleinem Puls und Trachealrasseln. Am 8. Mai wurde die Operation in Narcose ausgeführt. Winkelschnitt in der alten Narbe; der eingedrückte äussere Knochenrand steht $1^1/_2$ Cm. tiefer als der prominirende innere. Zwischen beiden ein straffes Narbengewebe, das durchtrennt wird. Von dem eingedrückten Knochenstück wird ein 10 Cm. langes und 5 Cm. breites Stück resecirt. Zwischen Tabula interna und Hirnoberfläche fand sich ein nussgrosser, cystischer Hohlraum, der mit gallertiger, trüber Flüssigkeit gefüllt war. Tamponade der Wunde mit Jodoformgaze; Naht der Weichtheillappen. Verlauf sehr günstig. Die Krampfanfälle sistirten sofort; Anfangs bestand linksseitige Hemiplegie und Incontinenz, die aber später gehoben wurden. Bei Entfernung des Tampons am 10. Tage traten vorübergehend clonische Zuckungen auf, die sich noch 2mal wiederholten, dann aber dauernd verschwanden. 4 Wochen post op. konnte Pat. geheilt entlassen werden. Die Sehschärfe betrug rechts 6/12, links 6/8. Eine kürzlich wiederholte Untersuchung ergab bis auf eine geringe Gedächtnissschwäche einen durchaus normalen Befund.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

21. ***Fremdkörper in den Lungenwegen.*** *Von* ***De Catro-Lopo****, Valpassos in Portugal. (La Méd. moderne. 1891. 9. Juillet.)*

Verf. theilt folgenden interessanten Fall mit: Ein 44jähr. sonst gesunder Feldarbeiter stellte sich dem Autor am 30. Januar 1890 vor mit der Angabe, dass er nie leidend war, dass ihm im August 1886 beim Korndreschen eine Granne in den Mund flog und

im Larynx stecken blieb. Trotz der heftigsten Hustenanfälle und Anstrengung, den fremden Körper zu entfernen, gelang dies dem Pat. nicht. Seit dieser Zeit litt er häufig an linksseitigen Brustschmerzen und an oft wiederkehrenden Hustenanfällen mit blutiger Expectoration. Nach $3^1/_2$ Jahren wurden die Beschwerden viel intensiver und es erfolgte ein sehr heftiger hämoptoischer Anfall. Kurze Zeit darauf empfand er im Schlunde ein Kitzeln, und im Glauben, es dürfte ein Ascaris sein, langte er an die Stelle, um den fremden Körper zu entfernen. Zu seiner Ueberraschung hielt er aber die vor Jahren verschluckte intacte Granne zwischen den Fingern. Bei der Untersuchung am 30. Januar fand der Autor nur leichte bronchiale Geräusche und ganz unbedeutende Beschwerden. Nach 14 Tagen waren alle Erscheinungen geschwunden. Nach der Ansicht des Autors war die Granne in einem Bronchus stecken geblieben und hat dort sich eingesackt. Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

22. ***Ueber den Werth der Fluoresceïnfärbung für die galvanocaustische Behandlung.*** *Von Dr.* ***A. Nieden.*** *(Centralblatt f. prakt. Augenhk. 1891. Mai.)*

Nieden empfiehlt diese Färbungsmethode nur bei Hornhautgeschwüren genau zu markiren, wie weit man die Glühschlinge müsse einwirken lassen, um dieselbe nicht wiederholt in Anwendung zu ziehen. Man sieht dann oft kleine Infiltrationsherde, die sonst nur mittelst des Cornealmikroskopes erkannt werden können und kann mit Sicherheit bestimmen, wie weit der deletäre Process schon das normale Cornealgewebe ergriffen hat. Von besonderer Wichtigkeit war *Nieden* die Methode bei recidivirender Keratitis nach oberflächlichen Substanzverlusten, wie sie hauptsächlich durch Fingernagelkratzer entstehen und oft nach Monaten oder Jahren plötzlich wieder unter den heftigsten subjectiven Beschwerden und Reizungserscheinungen auftritt. Man kann dann stets durch die Fluoresceïnfärbung sofort die Stelle der früheren Hornhautverletzung, wo immer der neue Locus affectionis zu suchen ist, durch die grünliche Färbung des manchmal kaum über das Niveau der Hornhaut erhabenen abgehobenen Epithelhäutchens erkennen. *Nieden* hat gefunden, dass die Anwendung der schwach röthlichglühenden Glühschlinge, mit der man nur ganz leicht berührt, sowohl die augenblicklichen Beschwerden aufhebt, als auch dauernde Heilung herbeiführt. *v. Reuss.*

23. ***Ueber die Aetiologie des Chalazion.*** *Ein Beitrag zur Kenntniss der Tuberculose von Dr.* ***Franz Tangl,*** *Budapest. Aus dem pathologischen Institute der Universität Tübingen. (Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path. 1890. Bd. IX. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1891. Januar, Februar.)*

Auf Grund des mikroskopischen und bacteriologischen Befundes nimmt *Tangl* an, dass das Chalazion tuberculöser Natur sei. Der untersuchte kleine Tumor, der in der Mitte noch keine Höhle einschloss, bestand grösstentheils aus diffus vertheilten epitheloiden Granulationszellen, die zumeist im Tarsusgewebe sitzen und zweifellos durch Proliferation aus den Bindegewebszellen hervorgegangen waren. In diesem Granulationsgewebe fanden sich discrete charakteristische Tuberkelknötchen, ganz nach dem Typus des *Langhans-Schüppel*'schen Epitheloid-Riesenzelltuberkels gebaut: in der Mitte

eine Riesenzelle, umgeben von Epitheloidzellen. Nach *Baumgarten* finden sich diese beim Menschen ausschliesslich nur bei Tuberculose. Es gelang aber *Tangl*, auch durch das *Ehrlich*'sche Färbungsverfahren im Chalazionknoten Tuberkelbacillen nachzuweisen. Das Fehlen der Verkäsung, meint *Tangl*, können wir nicht als gegen Tuberculose sprechend annehmen, da wir tuberculöse Processe kennen, in denen sie oft fehlt; auch bleibt es festzustellen, ob man im Chalazion immer die Verkäsung vermisst. Auch das Ausbleiben des multiplen Auftretens und die Gutartigkeit sind keine Eigenschaften, die von den tuberculösen Entzündungsproducten allein dem Chalazion zukommen. Auf den Zusammenhang von Chalazion und Scrophulose haben schon *Arlt* und Andere aufmerksam gemacht. *Tangl* meint, dass die Bacillen oder deren Sporen aus einem manifesten oder latenten Herd des Organismus in das Augenlid geschleppt werden, dass also das Chalazion durch hämatogene Infection erzeugt wird. Das Chalazion kann bei ganz gesunden Individuen vorkommen, bei denen es die einzige und während des ganzen Lebens einzig bleibende sichtbare Localisation des Tuberkelvirus ist. Bei diesen ist das Chalazion ebenso das einzige äussere Zeichen der tuberculösen Infection, wie bei anderen es die scrophulösen Lymphdrüsen am Halse sein können. *v. Reuss.*

24. ***Die Excision der Uebergangsfalten der Conjunctiva in der Trachomtherapie.*** *Von Dr.* ***Veszely.*** *(Wien. klin. Wochenschr. 1891. 22)*

Verf. hat sein operatives Heilverfahren des Trachoms an 60 Kranken erprobt. Der Schnitt muss möglichst weit in die Ecken des Lides geführt und diese Ecken müssen möglichst glatt und scharf ausgeschnitten werden, damit die Schnittränder sich besser aneinanderlegen. Die Uebergangsfalte darf ferner nicht zu sehr geschont werden; Ausschnitte von 5, ja bis 10 Mm. Breite haben keinen Nachtheil bezüglich der Beweglichkeit des Bulbus. Ebenso muss der Dicke nach möglichst die ganze adenoide Schicht entfernt werden. Die infiltrirte Conjunctiva ist oft 1—2 Mm. dick und muss nach dem Schnitt von Grund aus sorgfältig ausgekratzt werden. Vor Anlegung des Verbandes muss die Blutung vollständig gestillt und müssen alle Blutcoagula entfernt werden. Ein weiterer Umstand, auf welchen grosses Gewicht zu legen ist, ist die Entfernung eines 0·5—1 Mm. breiten Stückes vom convexen Rande des Tarsus. Während der Nachbehandlung ist darauf zu achten, dass etwaige neugebildete Follikel sofort mit der Scheere entfernt werden; im Uebrigen genügt einfach Ueberwachung und Reinhaltung, doch kann hin und wieder zur Unterstützung auch Borsäure und Sublimat verwendet werden. Die Behandlungsdauer wird durch die Operation wesentlich abgekürzt. Während sie bei rein medicamentöser Behandlung 4—10 und mehr Monate dauert, war die Heilung durch die Operation in 20—80 Tagen erzielt worden.

Die Excision der Uebergangsfalten der Conjunctiva ist von überraschend günstigem Erfolge auf den Krankheitsprocess. Die Rückbildung des Infiltrates, das Verschwinden der Wucherung und Hypertrophie der Schleimhaut gehen unvergleichlich schneller vor sich als bei der medicamentösen Behandlung. Die die Lider deformirende Narbenbildung der Conjunctiva wird beträchtlich ein-

geschränkt; zu Trichiasis, Dystichiasis, falschen Lidrandstellungen kommt es nicht. In der Periode vor der Operation, namentlich aber in der Nachbehandlung wird man überdies Silbernitrat, den Cuprumstift, namentlich aber das Sublimat und die Borsäure nicht entbehren können; aber sie werden nicht das einzige, obendrein zweifelhafte Remedium sein.

25. ***Tod durch ein verschlucktes Hölzchen.*** *Von Dr.* **Zemann.** *Sitzung des Wiener med. Doctoren-Collegiums am 9. Nov. 1891. (Wien. med. Wochenschr. 1891. 46.)*

Dr. *Zemann* demonstrirte das Pharynxpräparat eines 58jährigen Arbeiters, welcher mit geringen Halsschmerzen erkrankt war und zwei Tage später unter einer äusserst profusen Hämoptoë in wenigen Stunden zu Grunde ging. Bei der Section fand sich eine ausgebreitete, starke Bronchitis, im rechten Mittellappen ein kleiner Gangränherd. Ueberraschend ist der Befund im Pharynx. Quer durch denselben, gerade vor dem Kehlkopfeingange, ist ein 46 Mm. langes Hölzchen gespannt, dessen Enden im Gewebe Decubitus, tiefe Nischen erzeugt hatten. Das eine Ende war bis zur Arteria laryngea vorgedrungen und hatte dieselbe perforirt. Aus diesem Befunde erklären sich die übrigen Vorkommnisse leicht. Das Hölzchen liess einen völligen Verschluss des Aditus ad laryngem nicht zu, wodurch es zur Bronchitis und zur Lungengangrän kam. *Zemann* hält es für sicher, dass das Hölzchen von einer „Leberwurst" stammt und von dem Pat. verschluckt wurde.

Dermatologie und Syphilis.

26. ***Ueber Hauthörner der Handteller und Fusssohlen.*** *Von Prof.* **Lewin.** *Demonstration in der dermatologischen Vereinigung zu Berlin. (Deutsch. Med.-Ztg. 1891. 92.)*

Lewin stellt einen Kranken vor, der an einer durch ihre Seltenheit, ihre Localisation und Aetiologie gleich bemerkenswerthen Affection leidet. An der Beugeseite der III. Phalanx des rechten Zeigefingers erhebt sich aus einer wallähnlichen Verdickung der Haut ein 2—3 Cm. langes Hauthorn von ziemlich schlanker Form. 2 ähnliche, aber kürzere und dickere Gebilde finden sich im Handteller der linken Hand. Auch auf den Fusssohlen sind mehrere allerdings nicht so deutlich entwickelte Hauthörner vorhanden. Schliesslich ist im Sulcus coronarius des Penis eine hornartig verdickte Stelle zu constatiren. *Lewin* hat selbst noch keinen ähnlichen Fall gesehen. In der Literatur sind 135 Fälle erwähnt: bei 56 sass das Hauthorn auf der Kopfschwarte, bei 22 am Penis, bei 2 am Augenlid, bei je 1 an der Schläfe und am Anus. Bei einem jungen Mädchen wurden 133 Hörner gefunden. Die Aetiologie der Cornua cutanea ist noch recht dunkel. Um so bemerkenswerther ist es, dass im demonstrirten Falle wahrscheinlich Syphilis die Ursache der Hornbildung ist.

27. ***Ueber Hirnsyphilis und deren Zusammenhang mit anderen Krankheiten des Nervensystems.*** *Von Prof.* **Tarnowsky.** *Vortrag auf dem 4. Congresse russischer Aerzte in Moskau.*

Tarnowsky tritt in diesem Vortrage gegen die verbreitete und irrige Auffassung aller nervösen Leiden bei mit Lues Be-

hafteten für Folgen dieser Krankheit. Die Diagnose der Syphilis des Nervensystems kann nur dann gemacht werden, wenn die klinischen Erscheinungen der Nervenkrankheit den syphilitischen Ursprung beweisen, während viele Nervenleiden nichts Gemeinschaftliches mit der überstandenen Lues haben und diese werden unter dem Einflusse der specifischen Behandlung gewöhnlich schlimmer. Eine Analogie in dieser Hinsicht bildet das Erscheinen verschiedenartiger nicht specifischer Ausschläge bei Syphilitischen. Besondere Berücksichtigung verdienen zwei Krankheiten: Tabes dorsualis und Paralysis generalis progressiva. *Tarnowsky* verneint nicht, dass eine grosse Zahl dieser Kranken Syphilis überstanden haben; ungeachtet dessen wäre es ein Fehler, diese Krankheiten für syphilitisch zu betrachten und sie einer Quecksilberbehandlung zu unterwerfen. Nach seiner Meinung verfallen diesen Krankheiten nur Individuen mit angeborener Prädisposition, während die Lues hier nur die Rolle eines den Organismus schwächenden Momentes spielt. Im Gegensatze zur Unheilbarkeit der Tabes und der allgemeinen Paralyse im Zusammenhang oder unabhängig von der Syphilis der specifischen Behandlung, ist die Prognose bei wirklicher Gehirnsyphilis eine sehr günstige. Besonders günstig ist der Verlauf bei solchen Kranken, bei welchen ausser Syphilis keine anderen schwächenden Momente vorhanden waren, solche Fälle aber besitzt *Tarnowsky* nur wenige. Unter 100 mit Lues cerebri behafteten Kranken *Tarnowsky's* waren: 43 Gewohnheitssäufer, 29 Neurastheniker und unter diesen 18 mit ausgesprochener hereditärer Prädisposition; ausserdem wurde bei 5 Schädelverletzungen, bei 6 Ueberanstrengung des Geistes nachgewiesen. Nur in 23 Fällen wurden keine wichtigen ursächlichen Momente nachgewiesen und der Verlauf der Gehirnsyphilis war in diesen Fällen ein viel günstigerer. *Hertzka*, Karlsbad.

28. ***Ueber frühzeitigen Morbus Brightii bei Syphilis.*** *Von* ***Lecorché*** *und* ***Talamon.*** *(Méd. mod. 1891. 10. Novbr. — Allg. med. Central-Ztg. 1891. 94.)*

Im Allgemeinen glaubt man, dass Morbus Brightii in Folge von Syphilis sich erst in der tertiären Periode der Krankheit ausbildet. Auf Grund einer einschlägigen interessanten Beobachtung glauben Verff. jedoch das Gegentheil annehmen zu dürfen. 28jähr. Pat. erkrankt Februar 1887 an einem Ulcus durum. Sofortige Einleitung einer antinephritischen Behandlung. — 21. Mai: Auftreten von Schleimpapeln, im October Oedeme der Füsse, Oedeme des Gesichts, im Urin 9 Grm. Eiweiss pro Liter. Im 8. Monat nach Acquisition der Syphilis Symptome des Morbus Brightii, charakterisirt durch Anasarca, asthmatische Anfälle mit Palpitationen, Kopfschmerz und Schlaflosigkeit, Schmerzen in der Lumbalgegend, sowie intensive Albuminurie (zeitweise 19 Grm. Eiweiss im Liter). Gleichzeitig Auftreten von Syphiliden in der Palma manus und Schleimpapeln im Mund. — Antinephritische Behandlung, verbunden mit Darreichung von Schröpfköpfen, Milchdiät, Alkalien, führen zur Verschlimmerung der Symptome unter Vermehrung der Albuminurie. Hierauf Einleitung einer Schmiercur, täglich 4 Grm. graue Salbe. Fortsetzung dieser Behandlung durch 4 Monate. Darauf Verschwinden des Oedems, progressive Verminderung des

Eiweissgehaltes des Urins. Bei Beginn des 4. Monats der Behandlung Verschlechterung nach vorübergehender Aussetzung der Einreibung. Sofortige Besserung nach Wiederaufnahme derselben. Schliesslich vollkommenes Verschwinden des Albumins am Ende des 5. Monats. Gegenwärtig, 3 Jahre später, ist Pat. vollkommen gesund, insbesondere bietet derselbe keinerlei Erscheinungen von Seiten der Nieren dar. Hervorzuheben ist, dass auch die Mutter des Pat. an chronischer Nephritis leidet. Verff. schliessen aus dieser Beobachtung Folgendes: 1. Syphilis kann besonders im acuten Stadium zu Morbus Brightii führen. — 2. Die Existenz eines acuten Morbus Brightii syphiliticus ist anzunehmen. — 3. Die Bezeichnung dieser Krankheit als recente *Bright*'sche Syphilis passt besser für die Affection, als der Name: Nierensyphilis (Syphilis rénale). — 4. Die Symptome entsprechen denen, welche bei grosser weisser Niere beobachtet werden. — 5. Dieselben können chronisch werden. — 6. Die Krankheit ist heilbar, wenn frühzeitig eine entsprechende Behandlung eingeleitet wird (ausgiebige Quecksilber-Einreibung, mindestens 4 Grm. pro die).

29. ***Zur Therapie des chronischen Trippers.*** *Von* ***Kromayer.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 24. — Pest. med.-chir. Presse. 1891. 45.)*

Es ist streng zu unterscheiden zwischen einem Tripper der Pars anterior (P. cavernosa) und der P. posterior (membranacea und prostatica). Wichtig für die Behandlung ist, dass die beiden Abschnitte durch den Compressor partis membranaceae von einander abgeschlossen sind, so dass Ausspülungsflüssigkeit aus der P. anterior nicht in die posterior gelangt, ebenso wenig in der umgekehrten Richtung. Die Diagnose, welcher Theil erkrankt ist, macht *Kromayer* durch Injection von Pyoctaninlösung mit der gewöhnlichen Tripperspritze; die Fäden kommen beim darauffolgenden Uriniren aus der P. anterior blau zum Vorschein, die aus der P. posterior ungefärbt. Die Therapie der posterior besteht in Ausspülung mittels weicher Katheter; der Ausspülungsflüssigkeit werden Medicamente beigefügt (Zinc. sulf., Sublimat, Cupr. sulf., Resorcin, Arg. nitr. 1 : 4000—1 : 500). Eine andere Methode ist die tropfenweise Application von stärker concentrirten Lösungen (bes. Arg. nitr.) mit der *Guyon*'schen Spritze. Die grösste Zahl der Fälle ist mit dieser Behandlung in 3—8 Wochen heilbar. Die Sondenbehandlung ist für die posterior ungeeignet, da sie leicht zu Entzündung der Blase, des Hodens und der Prostata führt und sie bei dem in der posterior meist oberflächlichen Process keinen Zweck hat; für die anterior ist sie unter Umständen geeignet, um tiefere Exsudate durch Druck zur Resorption zu bringen. Der Sitz der Krankheit in der anterior wird durch das Endoskop constatirt. Ob er in die Tiefe reicht, wird diagnosticirt einmal durch die Gestalt der Centralfigur, des Trichters und der Lichtreflexe; ferner durch Sondirung der Harnröhre mit dünncylindrischen Bougies (Charr. 13 bis 16). Diese bleiben, wenn man sie an der Harnröhrenwand hingleiten lässt, vor der infiltrirten Stelle, die normale Harnröhrenwand ausbuchtend, stecken. Die Therapie des oberflächlichen Processes in der anterior besteht in Injectionen oder Ausspülungen mit Adstringentien, bei diffuser Ausbreitung, in Aetzungen (Arg.

nitr.) bei circumscripter Entzündung. Bei tieferer Infiltration tritt die Sondenbehandlung in ihr Recht. Der Heilung widersteht zuweilen die Entzündung in den *Morgagni*'schen Taschen; hier kann nur eine Spaltung der Tasche mit dem Urethrotom Hilfe bringen.

30. ***Ueber Gonorrhoe der Paraurethralgänge und des Präputiums.*** *Von Dr. **G. Fabry.** (Monatsh. f. prakt. Dermat. 1891. I.)*

Verf. zeigt, dass eine Gonorrhoe der Eichel und der paraurethralen und präputialen Ausführungsgänge jahrelang dauern kann, ohne auffallende Erscheinungen zu verursachen. Bei einem Collegen fand er zwischen den beiden Blättern der Vorhaut eine kleine, linsengrosse, sehr leicht verschiebbare Geschwulst. Beim Drucke auf diese sickerte durch eine kleine, an der Seite des Frenulums gelegene Oeffnung eine minimale Menge einer Flüssigkeit, welche Gonococcen enthielt. Dabei keine Spur eines urethralen Ausflusses — vor 15 Jahren war allerdings Blennorrhagie vorhanden. Die kleine Geschwulst wurde ausgeschnitten, die histologische Untersuchung derselben zeigte, dass hier thatsächlich eine Drüse vorlag; auf den Plattenepithelien und den lymphoiden Zellen, welche zwischen denselben lagerten, hatten die Gonococcen ihren Sitz. Bei einem anderen Kranken, bei dem eine Blennorrhoe der Harnröhre 4 Jahre früher vollständig geheilt wurde, entstand ein kleiner Abscess der Eichel, der eingeschnitten wurde. Dieser bildete einen Indurationsherd, aus welchem, wenn man denselben drückte, durch die Harnröhre eine Flüssigkeit ausfloss, welche Gonococcen enthielt. Diese Secretion wurde zum Stillstand gebracht durch Zerstörung des Indurationshofes mittelst Galvanocaustik.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

31. ***Die Nerven in menschlichen Ovarien.*** *Von Dr. med. **Vedeler,** Christiania. (Norsk Magazin. 1890. Bd. LI. Nr. 8.)*

Die Frage, ob die Menstruation die Folge der Ovulation sei, glaubt der Verf. im Hinblicke auf seine Untersuchung der Eierstocksnerven beim Menschen und bei verschiedenen Thieren in negativem Sinne beantworten zu müssen. Das Verhalten der Nerven bei niederen Thieren (Hummer, Kabliau) kommt dabei nicht in Betracht, da hier kein Uterus existirt; hier gehen die Nerven nicht zu den Follikeln (beim Hummer finden sich Nerven nur im Ovarialsacke, nicht im Parenchym; beim Kabliau gehen sie in die Eierstockslamellen bis zu den Muskeln und grösseren Gefässen, aber nicht zu den Follikeln). Dagegen ist es auffällig, dass die Eierstocksnerven sich wesentlich gleich beim Schafe und beim Menschen verhalten, während nur bei letzterem Menstruation existirt. Beim Schafe treten die Nerven durch den Hilus ein und breiten sich entweder zwischen den glatten Muskelfasern, die vom Hilus in den Eierstock dringen und sich fächerförmig zur Zona follicularis oder auch in diese ausleiten, oder frei mit den Gefässen verlaufen. Ueberall handelt es sich nur um Muskel- oder Gefässnerven, Follikelnerven existiren nicht; da, wo man Nerven in der Nähe der Follikel findet, gehen sie stets vorbei, ohne Zweige an die Häute des Follikel oder gar an dessen Epithel abzugeben. Im

menschlichen Eierstocke finden sich nicht mehr Nerven als in demjenigen des Schafes, ja selbst weniger, in Folge der überwiegenden Menge von Bindegewebsstroma beim Menschen, auch die Beschaffenheit der Nerven bietet keine Abweichungen. Die Nerven treten durch den Hilus auf zweierlei Weise, entweder freiliegend im bindegewebigen Stroma zwischen den Gefässen oder mitten in den Muskelbündeln, die vom Ligamentum latum in das Ovarium treten. Eine besondere Endverzweigung der Muskelnerven ist nicht zu erkennen, und die Gefässnerven zeigen keinerlei Abweichungen von anderen. Nimmt man zu dieser Gleichheit der Nerven bei dem nicht menstruirenden Schafe und beim Menschen die Thatsache, dass die Berstung der Follikel bei der Frau zu jeder Zeit in dem Zwischenraum zwischen zwei Menstruationen geschehen kann, so werden die Zweifel an dem causalen Connex zwischen Ovulation und Menstruation sehr verstärkt, da kaum einzusehen ist, wie ein nicht typischer Process einen typischen hervorzurufen vermag.

Th. Husemann.

32. ***Peritonitis in Folge von Perforation des Ileums beim Neugeborenen.*** *Von Prof. Dr.* **Anton Genersich,** *Klausenburg. (Gyógyászat. 1891. — Pest. med.-chir. Presse. 1891. 49.)*

Mit Bezug auf Dr. *Zillner's* Bericht über mehrere Beobachtungen von tödtlicher Perforationsperitonitis bei Neugeborenen nach Durchriss der Flexura sigmoidea und dessen Theorie, dass dieselben in Folge des Ueberdruckes entstehen, welchen die zwischen Bauchwand und Wirbelsäule oder Linea innominata fixirte und mit Meconium prall gefüllte Darmschlinge auch bei normaler Geburt erleidet, sowie auf die von *Paltauf* dagegen erhobene Einsprache, dass nämlich diese Darmrisse Folge einer Koprostase sind und ohne jede mechanische Aussenwirkung erfolgen, demonstrirt Verf. einen Fall von Peritonitis bei einem Neugeborenen, die in Folge von Perforation des Ileums entstand und ganz zweifellos aus der intrauterinen Zeit datirte. Es hatte sich nämlich unter dem Nabel ein flacher Meconium-Abscess ausgebildet, in welchen die trichterförmige Perforationsöffnung mündete und sowohl die Dicke und Festigkeit der zum Theil verkalkten Granulationen dieses Abscesses, als auch die schon grösstentheils ganz organisirten, zähen Verwachsungen der Baucheingeweide bewiesen, dass der Process keinesfalls in den letzten 45 Stunden nach der Geburt entstand, sondern schon im Mutterleibe zu Stande kam, ohne jedoch die weitere Entwicklung des Fötus, bis auf den vorhandenen Kryptorchismus bilateralis zu verhindern. Der sub partum erlittene Druck, eventuell auch die nach der Geburt durch den Verdauungscanal eingedrungenen pathogenen Pilze mögen wohl die plötzliche Verschlimmerung der Peritonitis und die phlegmonöse Entzündung der Bauchwandung angefacht haben. Die spontane Durchlöcherung des Ileums ist beim Abgang jeder Darmulceration und sonstiger mechanischen Ursache wohl nur aus der Entwicklungsgeschichte des Darmes verständlich. Entweder ist ein kleines *Meckel'*sches Divertikel bei der spontanen Reduction des normalen Nabelbruches gespalten, oder war die Obliteration des physiologischen Darmnabels unvollständig geblieben, so dass beim Rücktritt der Nabeldarmschlinge eine kleine Oeffnung blieb, aus welcher

der Darminhalt in die Peritonealhöhle sickerte und vorläufig durch Verklebung der Eingeweide und des Omentums an die Bauchwand abgekapselt wurde. Verf. entscheidet sich für letztere Annahme, da bei der genaueren Untersuchung keine Spur eines eigentlichen Divertikels nachweisbar war und der Dickdarm zwar normal angelegt, aber etwas dünn erschien, und seine Haustra sehr schwach entwickelt waren. *Hertzka,* Karlsbad.

33. ***Die Bedeutung der „biologischen Harnanalyse“ in der Diagnose und Prognose einiger Infectionskrankheiten.*** *Von Prof.* **Semmola.** *(Bull. de l'Acad. de méd. Sitzung vom 4. Aug. 1891. — Wien. klin. Wochenschr. 1891. 43.)*

Da die chemische Harnanalyse bei dem gegenwärtigen Stande der pathologischen Urologie uns häufig über Natur und Intensität einer Krankheit nicht aufzuklären vermag, dachte *Semmola,* gestützt auf die bekannten Untersuchungen *Bouchard's* über die Toxicität des Urins, die biologische Harnanalyse zu jenem Zwecke heranzuziehen. *Semmola* hat bereits in zwei zweifelhaften Fällen die biologische Analyse des Harnes mit Erfolg ausgeführt. In dem einen Falle handelte es sich um eine schwere Form infectiöser Pneumonie, die nach einer Influenza sich entwickelte. Als am vierten Krankheitstage eclamptische und tetanische Phänomene sich zeigten, musste man an die wahrscheinliche Existenz einer cerebrospinalen Meningitis denken. Die biologische Analyse des zu Beginn jener schweren Erscheinungen gewonnenen Harnes liess bei den Versuchsthieren, auf welche dieser Urin injicirt wurde, dieselben äusseren Erscheinungen erkennen (vollständige Uebereinstimmung des klinischen Bildes am Kranken mit dem experimentellen toxischen Nosographismus), was *Semmola* zu der Erklärung drängte, dass in jenem Krankheitsfalle die schweren Symptome mit einer toxischen Wirkung und nicht mit irgend welcher schweren anatomischen Veränderung zusammenhingen und dass eine Meningitis auszuschliessen wäre. 24 Stunden später hörten die Krämpfe auf und die biologische Untersuchung des Harnes ergab auch dementsprechend keine Zeichen der vorherigen Toxicität. In diesem Falle ist man also an der Hand der biologischen Harnanalyse in der Lage gewesen, eine bestimmte Diagnose zu stellen. Auch bezüglich der Prognose konnte man sich bestimmter aussprechen, und die Therapie ging ebenfalls den richtigen Weg. — Der zweite Fall betrifft einen Mann, der eine ausgebreitete Phlegmone am rechten Arme hatte und dabei an einem schweren septicämischen Zustande litt. Durch die biologische Analyse sah man am Thiere dieselbe klinische Form auftreten. Der Zustand des Kranken schien sich nicht zu bessern; die nun zum zweitenmal vorgenommene Analyse ergab zwar dasselbe klinische Bild, aber in einem viel schwächeren Grade. Dies genügte, um eine baldige Besserung des Krankheitszustandes in Aussicht zu stellen, und, obwohl der Kranke einen enormen Kräfteverfall aufwies, bewahrheitete sich der gemachte Ausspruch. — Als Versuchsthiere eignen sich am besten Meerschweinchen und Kaninchen. *Semmola* empfiehlt, die Injection mit einer kleinen Dosis Urin zu beginnen und dann die Quantität progressiv zu steigern. Besser ist, die einzelnen Injectionen an

einer Reihe von Thieren vorzunehmen, um derart eine bessere Vorstellung von den Gradationen der experimentell hervorgerufenen toxischen Krankheitsform zu haben.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

34. ***Ueber Massenernährung in Zeiten von Krieg und Epidemien.*** *Von Prof.* ***J. Forster*** *in Amsterdam. Referat, erstattet in der hygien. Section des X. internat. med. Congresses zu Berlin vom 7. August 1890.*

Verf. gelangt zu nachstehenden Schlusssätzen: 1. Die Ernährung breiter Volksschichten, Massenernährung, in Zeiten von Epidemien und Krieg ist ein Gegenstand hygienischer Fürsorge. 2. Diese Fürsorge hat sich zu erstrecken: *a)* Auf die zweckmässige quantitative Zusammenstellung der Nahrung, die den Bedürfnissen der verschiedenen Theile einer Bevölkerung entspricht. Hierbei besteht insbesondere keine Veranlassung, von den von *Voigt* aufgestellten Normen der Nahrung für verschiedene Lebensverhältnisse abzuweichen; *b)* auf die geeignete Auswahl der Nahrungsmittel und die Beschaffung der für den besonderen Zweck passenden Speisen und Getränke; *c)* auf die Vermeidung der Verschleppung von Krankheitskeimen durch die verschafften Speisen während des Herrschens von Epidemien. 3. Die Massenernährung in Zeiten von Krieg und Epidemien ist im Frieden und in epidemiefreien Zeiten vorzubereiten. Es sind daher die Einrichtungen, welche geeignet sind, den Massen der Bevölkerung die Beschaffung der täglichen Kost zu erleichtern, thunlichst zu unterstützen und in geeigneter Weise zu organisiren. 4. Zu solchen Einrichtungen gehören vor Allem die sogenannten Volksküchen, Volkskosthäuser, Fabriksküchen u. s. w., eventuell auch die Küchen öffentlicher (staatlicher, communaler, kirchlicher) Anstalten. Ja auch private Speiseanstalten (Gasthäuser) können unter Umständen dazu einbezogen werden. 5. Entsprechend den zu stellenden hygienischen Forderungen bedürfen die genannten Einrichtungen von vorneherein, um in abnormalen Zeiten den Zweck zu erfüllen, sachkundiger, ärztlicher Anordnung und Aufsicht, die nicht etwa erst beim Ausbruche einer Epidemie in Thätigkeit tritt. 6. Hierzu sind zuerst Aerzte anzuweisen, die hygienisch geschult sind; in grösseren Gemeinden sind dazu besondere Aerzte oder Sanitätsbeamte zu berufen.

35. ***Ueber Infection.*** *Von Dr.* ***Wolff,*** *Joachimsthal. (Berlin. Klinik. Heft 39.)*

Die vorliegende, recht lesenswerthe, aber nur auf schon allgemein bekanntem Gebiete sich bewegende Arbeit geht nach kurzer historischer Einleitung von dem Satze aus, dass man heute daran festzuhalten habe, dass die Aetiologie aller Infectionskrankheiten unter einen einheitlichen Gesichtspunkt fällt, da jede Infection durch kleine Organismen veranlasst und vermittelt wird. Diese Organismen gehören zum grössten Theile dem Pflanzenreiche an, und zwar der Gruppe der Spaltpilze, einzelne aber müssen in die niedersten Classen des Thierreiches eingereiht werden. Die Aufgabe der modernen Forschung ist es nun, für jede Gattung und

jede Species dieser kleinsten Organismen ihre Erscheinungsform, ihre Lebensbedingungen ausserhalb des ansteckungsfähigen Menschen kennen zu lernen, und dann die Eingangspforten und Verbreitungswege, sowie die Lebens- und Absterbebedingungen zu erforschen. Nächstdem hat aber die Forschung vom rein pathologischen Standpunkte aus folgende zwei Fragen zu erledigen: *a)* Wie wirken die pathogenen Organismen auf den thierischen Körper; und *b)* wie wirkt dieser Körper auf die Organismen, resp. wie reagirt er auf den von ihnen gesetzten Reiz? Der möglichst knappen Beantwortung dieser Frage an der Hand der einschlägigen modernen Arbeiten ist die vorliegende Abhandlung gewidmet, wobei Verf. seinen Stand zur Lehre des Phagocytismus und des État bactéricide kennzeichnet und auch dem Fieber seine Berechtigung als wohlthätige Reaction des Körpers gegen bacterielle Invasion einräumt. Eingehendere wissenschaftliche Erörterungen wird man in dieser kleinen Arbeit *Wolff's* vergeblich suchen; als populärmedicinischer Excurs auf diesem modernen Forschungsgebiete mag dieselbe aber immerhin ihre Berechtigung haben. *v. Buschman.*

36. ***Warum die Sputa tuberculöser Patienten zerstört werden sollen?*** *Von* ***A. K. Stone.*** *(Amer. Journ. of the med. sciences. 1891. March. — Hygien. Rundschau. 1891. 22.)*

Der Verf. hat eine grössere Reihe von tuberculösen Sputis drei Jahre lang der Austrocknung überlassen. In diesen drei Jahren hatten die in den eingetrockneten Sputis vorhandenen Tuberkelbacillen ihr charakteristisches Färbungsverhalten durchaus bewahrt. Ihre Virulenz (Versuche an Kaninchen) war ebenfalls durchaus nicht erloschen, wenn auch etwas herabgesetzt. Der Verf. fordert im Anschlusse an diese Beobachtungen, die die ausserordentliche Lebenszähigkeit der Tuberkelbacillen darthun, eine endgiltige Zerstörung der tuberculösen Sputa in jedem Falle von Phthise. In wohlhabenden Häusern könnten Spucknäpfe aus Papiermasse benutzt werden, die mit dem Auswurfe zusammen im Ofen verbrannt würden; der Aermere könnte sich aus Zeitungspapier zurechtgemachter Spucknäpfe bedienen.

37. ***Verfahren zum Nachweise der Säureabsonderung bei Mikrobien.*** *Von Dr.* ***Beyerinck.*** *(Centralbl. f. Bacteriol. u. Parasitenkunde. 1891. Bd. IX. Nr. 24. — Hygien. Rundschau. 1891. 23.)*

Verf. brachte die Säurebildung durch Mikrobien dadurch zur Anschauung, dass er dieselben in Glucose-Nährböden züchtete, die mit geschlemmter Kreide versetzt waren. Wurde nun beim Wachsthum der Mikroorganismen eine Säure erzeugt, so traten in dem weissen undurchsichtigen Nährboden durchsichtige Höfe um die betreffenden Wachsthumscentra auf. Benachbarte, alkalibildende Bacterien störten wiederum die Ausbreitung dieser Höfe, so dass statt regelmässiger Curven eckige Begrenzungen der Felder entstanden. Das Experiment liess sich ausser mit Kreide auch mit den Carbonaten von Magnesium, Barium, Mangan und Zink ausführen und erwies sich in dieser Modification für bestimmte Zwecke nützlich; z. B. gab der Zink-Carbonat-Nährboden ein gutes Mittel, um Essigsäure und Milchsäure bildende Bacterien zu unterscheiden. Verf. hebt die Schönheit der wie mathematisch construirten Diffusionsfiguren hervor.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

38. *Regeln für die Anwendung des Chloroforms.*

*Zusammengestellt für das Operationszimmer von Oberarzt Sanitätsrath Dr. **L. Heusner.***

(Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 39.)

1. Vor jeder Narcose muss man sich überzeugen, ob der Kranke nicht künstliche Zähne, Kautabak u. dergl. im Munde hat; auch versäume man nie, das Herz zu auscultiren. Schnürmieder und beengende Kleidungsstücke müssen entfernt und die Magengrube möglichst frei gemacht werden, weil man von hier am besten die Athembewegungen beobachten kann. Der Chloroformirende soll keine anderen Hilfeleistungen bei der Operation übernehmen, sondern seine Aufmerksamkeit einzig und allein auf den Verlauf der Narcose richten.

2. Es soll zum Chloroformiren nur bestes Chloroform verwendet werden und dasselbe soll in Fläschchen von höchstens 20 Gramm Inhalt verabreicht werden, damit man sich jeden Augenblick der verbrauchten Menge bewusst ist und bei Unglücksfällen einen dem Staatsanwalte genügenden Nachweis darüber führen kann.

3. Je weniger Chloroform im gegebenen Falle verbraucht wird, desto grösser ist Kunst und Verdienst des Chloroformirenden, Uebersteigt der Gehalt der Athemluft an Chloroform 10 $^0/_0$, so droht Vergiftungstod; daher soll man jedesmal nicht mehr als 10—20 Tropfen aufträufeln und mit dem Nachschütten warten, bis von der Feuchtigkeit nichts mehr zu sehen ist. Wer durch hastiges und massenhaftes Beträufeln der Maske den Eintritt der Betäubung zu beschleunigen sucht, wird leicht bedenkliche Störungen der Athmung erleben; wer gar in dieser unvorsichtigen Weise weiter chloroformirt, nachdem der Cornealreflex erloschen ist, riskirt, dass dem Stillestehen der Athmung die Lähmung des Herzens auf dem Fusse folgt.

4. Mit dem Beginne der Operation wie auch dem Reinigen des Operationsfeldes und anderen Manipulationen muss bis zum Eintritt völliger Narcose gewartet werden. Jede Beunruhigung des Kranken, selbst das zu häufige Prüfen des Cornealreflexes oder lautes Sprechen verzögert den Eintritt der Betäubung, vermehrt den Chloroformverbrauch und die Gefahr.

5. Die Narcose wird sehr erschwert, die Gefahr bedeutend vermehrt durch Aufregung und Angst, daher soll man den Kranken durch freundlichen Zuspruch ablenken und Alles, was ihn erschrecken kann, fernhalten.

6. Auch die Anfüllung des Magens und Darmes verzögert und erschwert den Eintritt der Narcose und bringt noch dazu durch Brechreiz Erstickungsgefahr. Patienten, welche das Gebot, nüchtern zu bleiben, nicht beobachten, soll man unnachsichtlich zurückstellen. Auch empfiehlt es sich, am Tage vor der Narcose

ein Abführmittel zu verabreichen. Falls aber ausnahmsweise bei gefülltem Verdauungscanale, z. B. bei Darmverschluss (!), operirt werden muss, soll man nicht versäumen, den Magen vorher auszupumpen.

7. Bei manchen Personen bewirkt der Chloroformreiz eine massenhafte Secretion in den Luft- und Speisewegen, so dass hierdurch allein Erstickungsgefahr herbeigeführt werden kann. Solche Kranke müssen öfters zur Ausleerung der Schleimmassen, die sich in Schlund und Luftröhre ansammeln, auf die Seite gelegt werden.

8. Durch das Chloroform wird die Herzkraft und der Blutdruck herabgesetzt. Daher sollen Kranke, deren Herz durch frische Endo- oder Pericarditis, pericarditische Verwachsungen, fettige Degeneration des Herzfleisches, übermässige Fettsucht, hochgradiges Emphysem u. dergl. bereits geschwächt oder überlastet ist, in der Regel von der Narcose ausgeschlossen werden. Dagegen bilden Klappenfehler, allgemeine Körperschwäche und vorgerücktes Alter, so lange keine erheblichen Stauungserscheinungen auftreten, keine Gegenanzeige.

9. Puls und Pupille müssen stets unter Controle gehalten werden; doch vergesse man nicht, dass auch durch Uebelkeit und wiederkehrende Schmerzempfindung Erweiterung der Pupille und Pulsstörungen erzeugt werden können. Das Herannahen von gefährlicher Erschlaffung des Herzens und Adersystems macht sich an einer blassbläulichen Färbung der Lippen und Ohren oft besser und früher kenntlich als an Puls- und Athembewegungen.

10. Tritt Athemnoth durch Zurücksinken des Zungengrundes ein, so schiebt man den Unterkiefer mit Hilfe beider Hände nach vorn, indem man die Fingerspitzen dicht unter den Ohrläppchen fest gegen die aufsteigenden Kieferäste andrückt. Diese Methode ist ebenso sicher, aber schonender als die Anwendung der Zungenzange. In besonders schwierigen Fällen kann man das Zungenbein mit Hilfe eines Wundhäkchens emporziehen oder selbst eine Fädenschlinge durch die Zunge legen. Bei manchen Kranken müssen auch noch die schlaffen Lippen und Nasenflügel, die von der Inspirationsluft gegeneinander gedrängt werden, künstlich offen gehalten werden.

Literatur.

39. ***Grundriss der normalen Histologie des Menschen für Aerzte und Studirende.*** *Von Dr.* ***S. L. Schenk,*** *a. ö. Prof. an der k. k. Universität Wien. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 202 Holzschnitten. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1891. 8⁰. VIII, 348 S.*

Schenk hat in der 2. Auflage seines Werkes sämmtlichen namhaften Fortschritten Rechnung getragen, welche die Histologie gerade in den letzten Jahren in so reichlichem Masse aufzuweisen hat. Unter vielen anderen Arbeiten sind auch die von *Flemming* und *Rabl* über die Theilungsvorgänge im Kerne eingehend benützt und durch sorgfältige Illustrationen erläutert. Die grosse Menge neuer Reagentien und Präpa-

rationsmethoden finden sowohl bei der Darstellung der Zellenlehre als im speciellen Theile eingehende Berücksichtigung; überdies sind im Anhange die mikroskopische Technik bezüglich der Behandlung frischer Präparate, ferner die verschiedenen Methoden der Isolation, der Härtung, der Einbettung, der verschiedenen Färbungsmittel für den Anfänger in übersichtlicher Weise dargestellt. Bei einer grossen Anzahl von Abbildungen ist das optische System (Ocular und Objectiv) angegeben, mit welchem das betreffende mikroskopische Bild erhalten wird. Es ist selbstverständlich, dass *Schenk* als Leiter eines grossen Institutes, in welchem sowohl Anfänger als Vorgeschrittene im ganzen Umfange der Histologie lernend und forschend thätig sind, das grosse histologische Lehrmateriale in vorliegendem Werke kritisch gesichtet und methodisch zweckmässig dargestellt hat, und so wird auch die vorliegende Auflage, welche *Schenk* mit Recht als eine umgearbeitete und vermehrte bezeichnet, Aerzten und Studirenden ein vollkommen entsprechendes Hilfsbuch bilden. Die Ausstattung des Werkes, sowohl Illustrationen als Druck betreffend, ist vorzüglich. —*r.*

40. ***Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle, sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre.*** *Von Dr.* ***Maximilian Bresgen,*** *Frankfurt am Main. Mit 166 Holzschnitten. Zweite, gänzlich umgearbeitete und erweiterte Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg.*

Der Verf., der uns aus einer grossen Anzahl seiner Publicationen aus *Eulenburg's* Real-Encyclopädie über Untersuchung des Kehlkopfes, über Nasenkrankheiten, über Epistaxis, Laryngoskopie in bester Erinnerung steht, der uns durch seine Arbeiten über Beziehung zwischen Asthma und Nasenkrankheiten und deren chirurgische Heilung, über galvanokaustische Behandlung der Nasenkrankheiten, der eitrigen Nasennebenhöhlen, der Rachentonsille u. s. w. vielfache Belehrung geboten, bringt das zweite Mal sein grösseres Lehrbuch in veränderter, reichlich erweiterter Auflage. Wir finden das Buch in allen den Capiteln, wo die reiche Erfahrung des Autors selbst massgebend ist, von einer Ueberzeugungstreue und wohlthuenden Offenheit, die ihn nicht hindert, mit dem zu brechen, was er z. B. in der Therapie für veraltet oder nutzlos hält. Darum ist das Werk für den Studirenden sowohl wie für den praktischen Arzt von wesentlicher Bedeutung. Auf Streitfragen geht der Verf. nicht ein, er gibt, was zur Zeit und nach seiner Meinung massgebend ist. Was für Manchen anfangs störend sein könnte, das ist die Verdeutschung aller technischen Ausdrücke, was uns am empfindlichsten in den anatomischen Capiteln entgegentritt. Die in Klammern meist beigefügten lateinischen Benennungen gleichen die Sache jedoch wieder aus. Die Inhaltsangaben, resp. Ueberschriften der Capitel: „Aufbau und Verrichtungen", d. i. Anatomie und Physiologie, „allgemeine und besondere Krankheits- und Behandlungslehre" statt Pathologie und Therapie, „Dauer-Entzündung" für chronische Entzündung, das Alles frappirt, wird aber ziemlich bald überwunden. Die Hauptsache ist, dass wir ein Buch vor uns haben, das die Errungenschaften der Specialwissenschaft bis fast in die letzten Monate verwerthet, kurz und bündig die Anatomie, Physiologie und Therapie der Nase, der Nasenhöhle und deren Nebenhöhlen, der Mund- und Rachenhöhle, des Kehlkopfes und der Luftröhre auseinandersetzt und mit Illustrationen der besten Autoren *(Störk, Eichhorst, Zuckerkandl, Schnitzler, Mackenzie, Oertel)* erläutert. Einen

grossen Werth für das Werk bietet die den einzelnen Capiteln vorangestellte Literaturangabe, welche nicht weniger als nahezu 3000 Nummern umfasst. Wir hoffen sicher, dass dieser Auflage des *Bresgen*'schen Buches bald fernere nachfolgen werden. Druck, Papier, Illustrationen sind vortrefflich.

Haumann, Meran.

41. ***Der politische Verbrecher und die Revolutionen***, *in anthropologischer, juridischer und staatswissenschaftlicher Beziehung. Von* ***C. Lombroso*** *und* ***R. Raschi.*** *Uebersetzt von Dr. Kuralla. Hamburg, Actiengesellschaft, 1892. Zwei Bände mit 9 Tafeln.*

Angesichts der viel umstrittenen Frage, inwieweit die Anlagen zum Verbrechen sich einerseits auf anatomischer und physiologischer Basis, anderseits auf Grund pathologischer Veränderungen erkennen und erklären lassen, kurz inwieferne der erwachsene Verbrecher schon im Kinde verzeichnet sein kann, und Angesichts der hieraus resultirenden Frage, inwieferne der Arzt aus dieser vielleicht frühzeitigen oder doch rechtzeitigen Erkenntniss der Entwicklung dieser zum Verbrechen prädestinirenden Keime vorbeugen oder dieselben hemmen kann, hat das vorliegende hochinteressante Werk des berühmten Autors auch für den Arzt hohen Werth, wenn es auch in erster Linie nicht für ihn geschrieben ist. Bücher, wie das in Rede stehende eines ist, haben, wenn sie auch aus mehr als einem Grunde nur von einem kleinen Bruchtheile des gebildeten Publicums gelesen werden, doch Anspruch, in ihren Resultaten, in ihrem Allgemeinerfolge mehr weniger Gemeingut der Mitwelt zu werden; dennoch darf man aber nicht glauben, dass die Resultate der tiefen Studien, welche solch einem Werke zu Grunde liegen, sich so ganz einfach an den Fingern herzählen, oder unter fortlaufenden Nummern zusammenfassen lassen. Wer nicht Zeit und Lust, oder gar wer nicht Vorbildung genug hat, um sich in solche Lectüre völlig zu vertiefen, der lässt sie am besten beiseits liegen, denn er wird wenig Freude und Nutzen aus dem Durchblättern ziehen. Uebrigens kann Referent nicht umhin, an dieser Stelle zu bemerken, dass nicht, wie der Titel des Werkes besagt, der Anthropologe, der Jurist u. s. w. in Folge ihrer Studienrichtung mehr berufen sind, aus diesem zu schöpfen, als der Arzt und eigentlich als jeder gebildete Mensch; das Einzige, was dem Leser dringend zum Verständniss dieses Werkes noththut, ist etwas historisches und vor Allem zeitgeschichtliches Wissen, und vielleicht auch etwas — Physiologie der Hirnfunctionen. — Eine sehr gute Vorbildung und Basis zum richtigen Verständniss dieses Werkes bildet gewiss das Studium seines Vorgängers, des Werkes „Der Verbrecher“ vom selben Autor; denn es lehnt sich ersteres nicht nur sachgemäss vielfach an letzteres an, sondern der Leser wird auch dadurch mit dem Ideengange und der Auffassungsweise des Autors besser bekannt. Träte aber nun an den Ref. die Frage heran, wie sich in kurzer Zusammenfassung der Sinn und Inhalt des vorliegenden Werkes wiedergeben lasse, so müsste er bekennen, dass dies unmöglich anders ginge als in kurzer Wiedergabe des Inhaltsverzeichnisses, eine trockene Aufgabe, mit der dem Leser nicht viel gedient wäre. Es könnte höchstens gesagt werden, dass in den ersten 6 Abschnitten die allgemeinen, von Zeit und Ort, von Cultur und Erziehung, vom socialen und ökonomischen Standpunkte abhängigen Factoren zur Entwicklung des Verbrechers in politischer Beziehung besprochen werden, während das siebente bis dreizehnte Capitel die individuellen Factoren in äusserst eingehender und geistreicher Weise behandelt; eben

in diesen letzteren Abschnitten liegt nach Ansicht des Ref. nicht blos der Hauptanziehungspunkt für den ärztlichen Leser, sondern überhaupt der Schwerpunkt des ganzen Werkes. Der zweite, weitaus umfangreichere Theil des ganzen zweibändigen Werkes umfasst die ökonomische, sociale und politische Prophylaxe des politischen Verbrechens und die Strafen. Hier vertieft sich der gelehrte Verf., *Lombroso's* College Herr *Raschi*, in socialökonomische und staatspolitische Fragen, welche aber Dank der klaren Diction und logischen Gliederung des Satzbaues sowohl als des Gedankenganges nirgends das Niveau des Allgemeinverständlichen überschreiten. Auch die deutsche Uebersetzung als solche muss rühmlichst anerkannt werden. Neun statistische und graphische Tafeln dienen in sehr glücklicher Art dem ihnen zu Grunde liegenden Zwecke. So viel über den Inhalt eines Werkes, welches im Zusammenhange mit seinem oberwähnten Vorgänger in hohem Masse geeignet ist, das Interesse der gebildeten Welt auf ein Feld zu lenken, welches der Bearbeitung durch die besten Kräfte gewiss um so würdiger ist, als es, besonders bei Vernachlässigung, einer der grössten Schäden der menschlichen Cultur ist und immer sein wird. *v. Buschman.*

42. ***Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat.*** *Herausgegeben von Prof Dr.* ***R. Kobert,*** *kais. russischem Staatsrath. VII. Mit 5 Zinkographien im Text und 3 farbigen Tafeln. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1891.*

Das vorliegende Heft enthält zumeist Untersuchungen, welche unmittelbar in die derzeitigen Tagesfragen der klinischen Forschung eingreifen. Gleich die erste Arbeit von Dr. *Basil Rosen* aus Odessa „über die Verwendbarkeit des *Basch*'schen Sphygmomanometers zu Blutdruckmessungen an Thieren" behandelt die Frage, ob der Apparat von *v. Basch*, welcher unter den klinischen Forschern sich einer ausgedehnten Verbreitung erfreut, auch für Thierversuche tauglich sei, wobei es sich zeigte, dass manche Momente gegen die Verwendbarkeit desselben an kleinen Thieren sprechen und dass derselbe speciell zur Application an nicht blossgelegten Arterien von Thieren noch zu modificiren wäre. Es folgen nun vier Untersuchungen, welche sich mit der Frage der Aufnahme und Ausscheidung des Eisens im Organismus beschäftigen, und zwar: von *Nicolai Damaskin,* „zur Bestimmung des Eisengehaltes des normalen und pathologischen Menschenharnes"; von *John Kumberg,* „über die Aufnahme und Ausscheidung des Eisens aus dem Organismus"; von *Chr. Busch*, „über die Resorbirbarkeit einiger organischen Eisenverbindungen"; von *Eugen Stender,* „mikroskopische Untersuchungen über die Vertheilung des in grossen Dosen eingespritzten Eisens im Organismus"; vom Herausgeber „Schlussbetrachtungen zu den vorstehenden vier Arbeiten über Eisen". Die sorgfältige experimentelle Fragestellung und Ausführung der eben erwähnten Arbeiten ist uns eine sichere Gewähr, dass dieselben für die derzeit so lebhafte Discussion über die Eisentherapie von massgebender Bedeutung sind. Die nun folgende Untersuchung von *Paul Krohl.* „zur Kenntniss der Oxalsäure und einige Derivate derselben", gelangt zu dem für die Kliniker höchst bemerkenswerthen Schlusse, dass Substanzen, welche die — CO — CO — Gruppe enthalten, Glycosurie machen, welche in diesem Falle auf einer Herabsetzung der Blutalkalescenz beruht. Der Grund der Herabsetzung der Blutalkalescenz dürfte bei allen diesen Stoffen in einer Hemmung der normalen Oxydationsvorgänge liegen, welche das CO in freiem oder gebundenem Zustande als (— CO — CO —)

gerade so wie die Cyangruppe im freien oder gebundenen Zustande hervorruft. Von grosser Wichtigkeit ist auch ein Versuch desselben Verf., der zeigt, dass man mit Hilfe von Sauerstoffsuperoxyd Thiere, die eine tödtliche Dosis oder selbst eine die tödtliche übersteigende Dosis von Blausäure erhalten haben, am Leben erhalten kann. Der letzte Aufsatz dieses Heftes von *David Rywosch*, „einige Notizen, die Giftigkeit der Gallenfarbstoffe betreffend", widerlegt die Behauptung *Bouchard's*, dass das Bilirubin giftiger ist als die gallensauren Salze auf Grund neuer Thierversuche. Die Ausstattung des Werkes ist eine recht sorgfältige.

Loebisch.

43. ***Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre.*** *Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende von Dr.* ***Eduard Albert,*** *k. k. Hofrath, o. ö. Professor der Chirurgie und Vorstand der I. chirurgischen Klinik an der k. k. Universität Wien. Vierter Band. Die chirurgischen Krankheiten des Beckens und der unteren Gliedmasse. Mit 267 Holzschnitten. Vierte umgearbeitete Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1891.*

Auch im vorliegenden Schlussbande trägt der Verfasser den bewährten Fortschritten der Chirurgie auf jenen Gebieten Rechnung, welche in diesem Bande behandelt werden. Sehr eingehend erörtert *Albert* die Frage der Resection bei der tuberculösen Coxitis, in welcher er bekanntlich gegen das masslose Operiren seiner Zeit Stellung nahm. Ebenso ausführlich wird bei der Therapie der Coxitis auch die mechanische Behandlung derselben kritisch erörtert. In diesem Bande finden auch die Steinschnittmethoden ihre Darstellung. Hier werden die verschiedenen Methoden in ihrem Werthe gegen einander abgewogen. Doch schliesst sich *Albert* im grossen Ganzen der Ansicht *Dittel's* an, indem er dahin resumirt, „dass ein Blasenstein überhaupt nur durch zwei Verfahren zu entfernen ist, entweder durch die Litholapaxie oder durch den hohen Schnitt. Alle die Vergleiche zwischen den einzelnen Methoden des Schnittes fallen nun weg, und nur die Entscheidung zwischen Litholapaxie und Sectio alta bleibt im gegebenen Falle zu treffen". In gleicher Weise werden auch in den Capiteln, welche die chirurgischen Krankheiten des Kniegelenkes, des Sprunggelenkes und des Fusses behandeln, sowie die Verletzungen und Erkrankungen der Blutgefässe der unteren Extremität an der Hand der Literatur und einer sehr reichen eigenen Erfahrung dem Leser vorgeführt. So vereinigt die vorliegende vierte Auflage die Vorzüge der ursprünglichen Anlage mit einer kritischen Darstellung des derzeitigen Standes der wissenschaftlichen Chirurgie und wird fernerhin sowohl als Lehrbuch für den Anfänger, sowie als Nachschlagebuch für den chirurgischen Praktiker seine hervorragende Stellung behaupten.

R.

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

44. ***Ueber Spermaproduction beim Menschen und Hunde.*** *Von Dr.* ***A. Lode.*** *Nach dem Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 20. November 1891.*

Lode erwähnt Eingangs die Literatur der bisherigen Zählungen der in der Spermaflüssigkeit suspendirten Spermatozoen, er selbst führte seine Zählungen mit dem von *Zeiss* und *Thoma* angegebenen Apparate aus. Der Vortragende stellte bei Hunden grössere Versuchsserien an, bei

welchen das Sperma durch Friction der Glans penis gewonnen werden musste, indem die Ejaculation nach elektrischer Reizung des Lendenmarkes, die *Plönis* angewendet hat, sich wohl sehr von dem normalen Modus der Ejaculation entfernen dürfte. Aus demselben Grunde war auch die Anlegung einer Samenstrangfistel unverwendbar.

Die aus den Beobachtungen und Tabellen resultirenden Thatsachen lassen sich in Folgendem zusammenfassen: 1. Bei täglich einmaliger Samenentziehung nimmt die Spermatozoenmenge langsam ab, wie es typisch die Versuche vom 15., 16. und 17. April darthun: 65,600.000, 42,960.000, 26,250.000. 2. Die für den Hund gefundenen Mittelzahlen betragen pro Cubikmillimeter 61.800 Spermatozoen; für das gesammte Ejaculat 55,778.000. 3. Bei in ganz kurzen Intervallen (etwa $^1/_2$ Stunde) ausgeführten Samenentziehungen nimmt die Samenkörperchenmenge rasch ab; im vierten Ejaculate waren mitunter überhaupt keine Spermatozoen nachweisbar. 4. Die zur Reproduction der normalen Samenkörperchenanzahl nothwendige Zeit beträgt 3—4 Tage. 5. Wenn man etwa 2 Tage nach den rasch hintereinander ausgeführten Samenentziehungen dem Versuchsthiere abermals eine Probe Sperma entnimmt, so findet man regelmässig eine ganz enorme Vermehrung der Anzahl der Körperchen. Letzteres Gesetz spricht für die zwar längst vermuthete, niemals jedoch nachgewiesene Thatsache, dass die secretorische Thätigkeit des Hodens keine constante zu sein scheint. Um die am Hunde gewonnenen Erfahrungen mit den beim Menschen vorhandenen Verhältnissen einigermassen vergleichen zu können, bestimmte *Lode* an 24 Condomsinhalten von vier glaubwürdigen Individuen Volummengen, die Anzahl der Samenkörperchen und in einzelnen Fällen auch die spec. Gewichtszahlen. Die Durchschnittszahlen der Samenkörperchen mit 60.876 pro Cubikmillimeter weicht ganz unbeträchtlich von dem beim Hunde gewonnenen Werthe ab. Anders ist es hingegen mit der Masse des Samens, die mit 3373 Cmm. um fast das Vierfache die des Hundes (950 Cmm.) übertrifft. Dementsprechend ist auch die Durchschnittszahl für die Gesammtheit aller in einem Ejaculate vorhandenen Spermatozoen. Sie beträgt 226,257.900 gegen 55,778.000 des Hundes. Die Regenerationszeit für den Menschen anzugeben ist *Lode* nicht in der Lage, indem die Resultate keinen Einblick in ein vorhandenes ausnahmslos giltiges Gesetz gewährten. Wohl aber scheint jenes für den Hund geltende Gesetz von der vermehrten Reproduction nach bedeutenden sexuellen Erregungen auch für den Menschen Giltigkeit zu haben.

Eine weitere Frage von principieller Wichtigkeit kann ebenfalls durch jene Zählungen ihrer endgiltigen Lösung zugeführt werden. Die Angaben über die nach Exstirpation eines Hodens eintretende Hypertrophie des anderen Testikels, die vielfach in der Literatur zu finden sind, wurden neuerdings bekanntlich von *Nothnagel* einer eingehenden experimentellen Kritik unterzogen. Das Resultat ergab meist nur geringe Gewichtsdifferenzen, in keiner Gruppe von Fällen jedoch unzweifelhafte Hypertrophie, so dass der Verfasser zu dem Schlusse gelangt, dass die compensatorische Hypertrophie für das erwachsene Versuchsthier sicher nicht als Regel, vielleicht als kaum jemals existirend anzusehen sei. Indem *Nothnagel* die an der Niere vorhandenen, gerade entgegengesetzten Verhältnisse betrachtet, vermisst er mit Recht den Grund der eintretenden Hypertrophie beim Testikel, welcher hingegen bei der Niere durch functionelle Hyperämie, bedingt durch den nothwendig vermehrten Gehalt

an „harnfähigen Substanzen", besonders des Harnstoffes, gegeben sei. *Nussbaum* hat nämlich durch seine bekannten Versuche (beim Frosche) nachgewiesen, dass der vermehrte Harnstoffgehalt des Blutes auf die Epithelien der Harncanälchen eine gewaltige Anregung zu secretorischer Thätigkeit biete. Hierdurch ist der Grund für eine functionelle Hyperämie mit nachfolgender Hypertrophie für die Niere gegeben. Anders stehen hingegen die Verhältnisse beim Testikel. Durch Exstirpation des einen Hoden werden keineswegs irgendwelche Veränderungen im Organismus, in der Zusammensetzung des Blutes u. s. w. gesetzt, die zu einer Hyperämie und functioneller Hypertrophie des anderen Testikels führen könnten. Die Samenkörperchen bilden auch kein Product, das nothwendig aus dem Stoffwechsel ausgeschieden werden müsse. Angesichts jener Thatsachen, denen in neuester Zeit abermals *Ribbert* entgegengetreten ist, war es interessant, die Menge der gebildeten Samenkörper nach Exstirpation eines Testikels zu ermitteln. War die Annahme *Nothnagel's* richtig, so mussten sich im Sperma nur Zahlen von Spermatozoen ergeben, die der Hälfte der bei Vorhandensein beider Testikel gewonnenen Werthe entsprechen. Die Zählungen bestätigen unzweifelhaft die Vermuthung *Nothnagel's;* gegenüber der früher ermittelten Durchschnittsmenge von 55,778.000 erhielt *Lode* nach einseitiger Castration 21,229.680 Spermatozoen. Ueber eine Reihe von Zahlenangaben von Pollenkörpern und Eichen verfügen die Botaniker. So wurde bei der Pfingstrose die Zahl der Pollenkörper von *Hassal* auf 3,654.000 geschätzt.

Bei Hibiscus fand *Kölreuter* 4863 Körner pro Blüthe. Er berechnete auch, dass nur 60 Körnchen nothwendig wären, um alle Eichen einer Blüthe zu befruchten, dass also etwa 81mal zu viel Körner von einer Blüthe producirt würden. *Darwin* erkennt darin eines jener wundervollen Mittel, welche die Natur ihren Geschöpfen als Waffe für den Kampf um die Erhaltung der Art gewährt. Um wieviel vortheilhafter liegen aber diese Verhältnisse bei den höheren Säugethieren und dem Menschen! *Henle* schätzte die Anzahl der vorgebildeten *Graaf*'schen Bläschen in den Ovarien eines 18jährigen Mädchens und fand für beide Ovarien eine Summe von 72.000 Eichen. Von diesen 72.000 Bläschen kommen aber nach *Hensen* nur etwa 200 pro Eierstock zur Entwicklung, indem der Bedarf an *Graaf*'schen Follikeln für das ganze Leben die Zahl von 400 kaum überschreiten dürfte. Die Samenproduction des Mannes bietet dagegen stattlichere Zahlen. Wenn man vom 25. bis zum 55. Jahre die Production pro Woche als gleichwerthig mit der ermittelten Durchschnittsmenge von 226,257.000 annimmt, würde im Verlaufe des Zeniths der Zeugungsfähigkeit allein die Menge der Samenkörperchen 339.385,500.000 betragen. Auf ein *Graaf*'sches Bläschen kommen 4,713.700, auf ein entwickeltes Eichen dagegen 848,463.750 Spermatozoen, Verhältnisse, wie sie günstiger kaum von einer bekannten Pflanze, deren Oekonomie von *Darwin* so bewundert wurde, erreicht werden dürfte.

Kleine Mittheilungen.

45. ***Die Extraction gebrochener Nadeln.*** Bekanntlich ist es oft recht schwierig oder unmöglich, eingestossene Nadeln auszuziehen, resp. zu finden, falls man die Spitze nicht durchfühlen kann oder das andere Ende derselben in der Tiefe keinen Widerhalt hat. Um solche Nadeln an die Oberfläche zu locken, bedient sich *Steele* mit Glück des nachfolgenden Verfahrens: Ueber der

Einstichstelle werden zwei dicke Hühneraugen-Filzringe befestigt, mit Pflaster z. B. unter der Fusssohle, mit einem elastischen Gurt oder bruchbandartiger Feder, z. B. am Thenar pollicis oder neben Ligament. patellae. Die Pat. können dann ohne Schmerzen umhergehen oder das betreffende Glied gebrauchen, bis nach ein bis drei Wochen die Nadel, die Haut durchbohrend, leicht ausgezogen werden kann. Das Verfahren bewährte sich in Fällen, wo anfänglich ohne Erfolg operirt und der Fremdkörper monatelang in der Tiefe verblieben war.

(The Lancet. 9. Mai 1891. — Centralbl. f. Chir. 1891. 35.)

46. ***Aussergewöhnlich heftige Sehstörungen während der ersten Menstruation.*** *Von Dr. **E. Bock**. (Allg. Wien. med. Ztg. 1891. 20 u. 21. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1891. November.)*

Bei einem 14jährigen Mädchen beobachtete *Bock* durch 4 Monate während der ersten Menstruationen heftige Sehstörungen bei negativem Augenspiegelbefunde. Am auffallendsten waren die Sehstörungen nach Ablauf einer Woche, gerechnet vom Aufhören der meist 3 Tage dauernden, ziemlich spärlichen Regel. Die Sehschärfe sank mitunter auf 6/36 und wurde nur JN 9 entziffert. Das Gesichtsfeld für Weiss fand sich eingeschränkt. Nach einem Gebirgsaufenthalte trat vollständige Genesung ein.

47. ***Vertheilung der Aerzte in den Hauptstädten und auf dem Lande.*** In der Debatte des österreichischen Reichsrathes über die Aerztekammern lieferte Dr. ***Dworak*** auf Grundlage der letzten Volkszählung vom Jahre 1891, sowie auch des letzten österreichischen Medicinal-Schematismus für das Jahr 1890 folgende Darstellung der Vertheilung der Aerzte:

In Wien ein Arzt auf 804 Einwohner, in Niederösterreich (mit Ausschluss von Wien) ein Arzt auf 1804.

In Linz 1 Arzt auf 1212 Einwohner, in Oberösterreich 1 Arzt auf 2437.

In Salzburg (Stadt) 1 Arzt auf 989 Einwohner, in Salzburg (Provinz) 1 Arzt auf 2292.

In Graz 1 Arzt auf 464 Einwohner, in Steiermark 1 Arzt auf 4048.

In Klagenfurt 1 Arzt auf 860 Einwohner, in Kärnten 1 Arzt auf 4062.

In Laibach 1 Arzt auf 1129 Einwohner, in Krain 1 Arzt auf 9008.

In Triest (sammt Gebiet) 1 Arzt auf 1529 Einwohner, in Görz, Gradisca und Istrien 1 Arzt auf 5316.

In Innsbruck 1 Arzt auf 424 Einwohner, in Tirol und Vorarlberg 1 Arzt auf 2187.

In Prag 1 Arzt auf 551 Einwohner, in Böhmen 1 Arzt auf 4460.

In Brünn 1 Arzt auf 1230 Einwohner, in Mähren 1 Arzt auf 4329.

In Troppau 1 Arzt auf 1083 Einwohner, in Schlesien 1 Arzt auf 5078.

In Lemberg 1 Arzt auf 856 Einwohner.

In Krakau 1 Arzt auf 399 Einwohner, in Galizien 1 Arzt auf 14.328.

In Czernowitz 1 Arzt auf 1544 Einwohner, in der Bukowina 1 Arzt auf 17.674.

In Zara 1 Arzt auf 1903 Einwohner, in Dalmatien 1 Arzt auf 4715.

48. ***Aqua destillata als Anästheticum.*** ***Schleich*** (Deutsch. Med.-Ztg. 1891. 66. — Wien. med. Wochenschr. 1891. 43) hat gefunden, dass destillirtes Wasser, direct endermatisch in die Haut eingespritzt, die Schmerzempfindung im Bereiche des auftretenden, mückenstichähnlichen, weissen Oedems nach kurzer Zeit, und zwar für einige Minuten vollständig aufhebt.

49. ***Anwendung des Natrium sozojodolicum gegen Diabetes mellitus.*** Von einem überraschend schnellen Erfolge bei Diabetes mellitus in Folge des Gebrauches von Natr. sozoj. berichtet Dr. ***M. Hildebrand*** (Berlin): Frau v. Q., seit Jahren an Diabetes leidend, hatte am 5. Mai 1891 noch 5 Procent Zucker, derselbe verminderte sich unter dem Gebrauche von Natr. sozoj. (1·0 zweimal täglich), so dass gegenwärtig keine Spur von Zucker mehr im Urin nachweisbar ist. — Nach *Hildebrand* erhält hierdurch die auch von anderen Beobachtern constatirte Thatsache eine weitere Stütze, dass das Natr. sozoj. überraschend günstige Veränderungen bei Diabetes herbeiführt. Möglicherweise sei erstere auf die nach innerlichem Gebrauche des Mittels gesteigerte Pulsfrequenz zurückzuführen, während bekanntlich Verlangsamung der Circulation des Blutes in der Leber dem im Blute enthaltenen Fermente Zeit gibt, Glycogen in Zucker zu verwandeln. (Allg. med. Central-Ztg. 1891. 63.)

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Cohn Hermann, Dr. med. et phil., Prof. an der königl. Universität zu Breslau. Lehrbuch der Hygiene des Auges. Von —. Mit zahlreichen Holzschnitten. Erste Hälfte. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1891.

Huxley, Thomas H. Grundzüge der Physiologie. Mit Bewilligung des Verfassers herausgegeben von Dr. *J. Rosenthal*, Prof. an der Universität zu Erlangen. Dritte verbesserte und erweiterte Auflage. Mit etwa 120 Abbildungen. Lieferung 3 und 4. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1891.

Kobert, Prof. Dr. R., kais. russischer Staatsrath. Arbeiten des pharmakologischen Institutes in Dorpat. Herausgegeben von —. VII. Heft. Mit 2 Zinkographien im Text und 3 farbigen Tafeln. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1891.

Rosenbach, Dr. O., a. o. Prof. an der Universität und Primararzt der med. Abtheilung des Hospitales zu Allerheiligen in Breslau. Grundlagen, Aufgaben und Grenzen der Therapie. Nebst einem Anhange: Kritik des *Koch*'schen Verfahrens. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1891.

Schenk, Dr. S. L., a. ö. Prof. an der k. k. Universität Wien. Grundriss der normalen Histologie des Menschen für Aerzte und Studirende. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 202 Holzschnitten. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1891.

Schmidkunz, Dr. phil. Hans, Privatdocent der Philosophie an der Universität München. Psychologie der Suggestion, mit ärztlich-psychologischen Ergänzungen von Dr. phil. u. med. *Franz Carl Gerster*, prakt. Arzt in München. Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Volkmann, Richard v. Sammlung klinischer Vorträge. Begründet von —. Neue Folge. Herausgegeben von *Ernst v. Bergmann*, *Wilhelm Erb* und *Franz Winckel*. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1891.

Nr. 33. *Bergmann, A. v.* Zur Contagiosität der Lepra.

Nr. 34. *Ott, Demetrius. v.* Jauchiger Zerfall eines submucösen Uterusfibroids als Indication zur totalen Exstirpation des Uterus.

Nr. 35. *Kotschau, P. J.* Zur Ichthyolbehandlung in der Frauenheilkunde.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg** in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: **Eugen Schwarzenberg.**
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

50. ***Ueber Gelenkaffectionen bei Typhus.*** *Von Dr.* **Freyhan,** *Berlin. (Berlin. Klinik. Decemberheft 1891.)*

So wie für fast alle Infectionskrankheiten wurde in neuerer Zeit auch für den Ileotyphus eine gelegentliche Betheiligung der Gelenke constatirt, und sind hier auffallender Weise die ersten Berichte aus chirurgischen Federn geflossen. Der Grund hierfür mag wohl darin zu suchen sein, dass die typhöse Gelenkscomplication, die vorwiegend eine monarticuläre ist, relativ häufig an ihrer Prädilectionsstelle, im Hüftgelenke, zu spontaner Luxation führt, und dann in das Bereich des Chirurgen fällt. Gerade das öftere monarticuläre Auftreten der in Rede stehenden Affection hat *Witzel* in seiner ausgezeichneten monographischen Darstellung der Gelenksentzündungen bei acut-infectiösen Erkrankungen Gelegenheit gegeben, einen gewissen Gegensatz zwischen einer monarticulären Arthritis nach Typhus und einer typhösen Polyarthritis zu construiren, der freilich nur zwei klinische Varianten ein und desselben Grundprocesses von einander abscheiden will. Verf. bereichert nun in der vorliegenden Arbeit die sehr spärliche Literatur über diesen Gegenstand durch ziemlich ausführliche Wiedergabe von vier Fällen aus der internen Station des Krankenhauses Friedrichshain, in welchen sich die Affection einmal im Hüftgelenk, in den anderen Fällen in den Hand-, resp. Kniegelenken localisirte. Das Auftreten der Gelenkserkrankung fällt bei zwei Kranken in die Reconvalescenz, bei je einem in das amphibole Stadium und in die Defervescenz. In Bezug auf Symptomatologie, Prognose und Therapie ergaben diese Krankengeschichten, resp. deren epikritische Besprechung nichts besonders Erwähnenswerthes. Im Uebrigen ist die vorliegende Arbeit als Beitrag zur Symptomatologie des Ileotyphus immerhin ganz verdienstlich und lesenswerth. *v. Buschman.*

51. ***Zur Diagnose des Leberechinococcus.*** *Von Dr.* **Eisenlohr.** *Vortrag, gehalten im ärztlichen Vereine zu Hamburg. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 39.)*

In dem Falle von Leberechinococcus, den *Eisenlohr* mittheilt, traten so eigenthümliche physikalische Phänomene in den Vordergrund, dass die Diagnose wesentlich complicirt und die Deutung der einzelnen Erscheinungen eine ziemlich schwierige wurde. Es handelte sich um einen 18jährigen Schlosser, der im Juli 1890 unter gastrischen Erscheinungen erkrankte und seitdem mit kurzen Unterbrechungen fieberte; das Fieber hatte einen remittirenden Verlauf. Bei der Untersuchung fand sich zuerst ein Lebertumor, der eine ziemlich gleichmässige Vergrösserung des Organes ohne specielle Prominenzen, ohne Fluctuation repräsentirte. Einem zeit-

weiligen An- und Abschwellen des Tumors entsprachen wechselnde Phasen des Allgemeinbefindens, mehrere Wochen hindurch sogar vollständiges Wohlbefinden ohne Fieber. Mit der Wiederkehr des letzteren entwickelten sich dann rasch die Erscheinungen eines grossen lufthaltigen Hohlraumes an Stelle des linken Leberlappens mit Succussion und metallischen Phänomenen bei der Percussion. Das Succussionsgeräusch verschwand für einige Zeit; mit seinem Wiederauftreten bildete sich im rechten Hypochondrium dicht unter dem Rippenbogen eine Vorwölbung, die alsbald fluctuirte. Bei einer Incision an dieser Stelle entleerte sich dünner, geruchloser Eiter aus einer grossen, nach hinten gegen die Wirbelsäule führenden Höhle und ausserdem drängten sich verschiedene derbe, lose Echinococcusmembranen hervor. Es erfolgte 6 Wochen nach diesem Eingriff vollständige Heilung. *Eisenlohr* hebt nun die Schwierigkeiten der Diagnose und der Deutung der physikalischen Symptome genauer hervor; er konnte mit Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein eines Echinococcussackes annehmen, aber gerade die charakteristischen Anzeichen (Hydatidenschwirren, Probepunction) fehlten. Dass eine Vereiterung der Cyste vorliegen musste, ging aus dem Fieberverlaufe mit Sicherheit hervor. Eine andere Ursache für die Abscessbildung in der Leber konnte nicht angenommen werden; denn ebensowenig durfte man Gallenconcremente als Ausgangspunkt derselben erwarten, wie man an die Möglichkeit von Abscessbildung und adhäsiver Peritonitis in Folge ulcerativer Vorgänge in den Gallenwegen oder im Duodenum an der unteren Leberfläche und Leberpforte denken durfte. Gerade der rasche Wechsel sowohl der physikalischen als der allgemeinen Erscheinungen, die wochenlange Apyrexie in Verbindung mit dem zeitweiligen Nachweis eines wesentlich den linken Leberlappen einnehmenden Tumors führt *Eisenlohr* dazu, für ähnliche Krankheitsbilder auch ohne den Nachweis einer palpabeln oder sonst zugänglichen Cyste die Diagnsse auf „vereiternden Leberechinococcus" zu stellen. *H. Levy*, Breslau.

52. ***Hautnecrose nach Tuberculininjectionen.*** *Von Dr.* ***E. Sehrwald.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 39.)*

Die von den meisten Beobachtern nach Tuberculininjectionen beschriebene mehr oder minder starke Reaction an der Stichstelle bestand entweder nur in einer bald vorübergehenden Schmerzhaftigkeit oder in einer stärkeren und länger andauernden Empfindlichkeit, verbunden mit einer Anschwellung der betreffenden Hautpartie. Zu der letzteren gesellte sich nur selten eine röthliche bis bläuliche Verfärbung, die zuweilen dem Verlaufe der grösseren Lymphgefässe folgte und bis zu den nächsten Lymphdrüsen ausstrahlte; schwerere Gewebsstörungen, Eiterungen, Abscessbildungen oder Necrosen traten nie auf. Bei einem ziemlich kräftig gebauten Menschen, der seit einem Jahre tuberculös erkrankt war, beobachtete *Sehrwald* nun vom 4. Tage an nach der 18. Injection, bei der, wie bisher immer mit ganz unbedeutender Allgemeinreaction, 20 Mgrm. eingespritzt wurden, eine typische Necrose der Haut an der Stichstelle, nachdem daselbst Schmerzhaftigkeit, Schwellung, rothe, resp. blaurothe Verfärbung vorausgegangen waren. Es stiess sich dann ein etwa Markstück grosses, ziemlich scharf begrenztes Stück

Haut in voller Dicke ab, worauf in 4—5 Wochen Heilung folgte. *Sehrwald* führt, da eine Verunreinigung der Stichwunde bei der Injection absolut auszuschliessen war, das Entstehen der Necrose darauf zurück, dass mit dem Tuberculin zugleich die Körper von Tuberkelbacillen injicirt worden wären und dass letztere, wenn sie in grösserer Menge im Tuberculin vorhanden sind, Necrose, wenn in geringerer Zahl, Reizerscheinungen an der Stichstelle bewirken. Eine geradezu frappante Uebereinstimmung zeigt sich zwischen dieser Necrose und denen, die *Koch* bei tuberculösen Meerschweinchen durch Injection lebender oder abgetödteter Tuberkelbacillen hervorrief. *Sehrwald* weist noch auf eine andere Eigenthümlichkeit in diesem Falle hin. Der betreffende Kranke, bei welchem die Allgemeinreactionen auf die Injectionen stets nur rudimentär ausfielen, hielt sich nämlich gerade zu der Zeit, als die Necrose auftrat, für beinahe geheilt, zumal er an Gewicht erheblich zugenommen hatte, kein Rasseln auf den Lungen hörbar, der Auswurf sehr gering, Bacillen darin nicht nachweisbar waren. Dass die Annahme einer Heilung eine falsche war, vielmehr die tuberculöse Erkrankung des Organismus in voller Blüthe fortbestand, scheint gerade das Auftreten der Hautnecrose zu beweisen; eine weitere Bestätigung dafür gab bald eine starke allgemeine und locale Reaction nach einer Injection von 45 Mgrm. Tuberculin. Es würde zu weit führen, alle die Schlussfolgerungen, die *Sehrwald* an diesen bis jetzt völlig vereinzelt dastehenden Fall knüpft, anzugeben, zumal dieselben, wie natürlich, mit aller Reserve ausgesprochen wurden. *H. Levy*, Breslau.

53. ***Ein Fall von Insufficientia valvulae tricuspidalis.*** *Von Dr.* **Gustav Genersich,** *Klausenburg. (Pest. med.-chir. Presse. 1891. 49.)*

Patient gibt an, immer gesund gewesen zu sein, nur vor sieben Monaten haben sich starke Palpitationen und Athmungsbeschwerden eingestellt, zu welchen sich bald Schmerzen in der Lebergegend gesellten. Der Status praesens ist folgender: Die Haut blass, die Lippen cyanotisch, subcutanes Bindegewebe fettarm, die Venen mässig erweitert, die Unterschenkel und die Füsse ödematös. Die Hilfsmuskeln bei der Athmung sind stärker ausgeprägt, die Carotiden pulsiren stärker, die Pulsation der erweiterten und stellenweise ausgebuchteten Vena jug. ext. und des Bulbus ven. jug. ist sichtbar. Die Athmung rauh-vesiculär, über der hinteren unteren Partie der rechten Lunge mässige Rasselgeräusche. Der Spitzenstoss ist stärker als normal, am stärksten im 6. Zwischenrippenraume in der vorderen Axillarlinie. Die absolute Herzdämpfung beginnt in der Höhe der 3. Rippe, erstreckt sich bis zum rechten Rand des Sternums. Dem Spitzenstosse entsprechend ist langes systolisches Geräusch vernehmbar, welches im Anfang etwas rauh ist, später aber in ein weicheres Blasen übergeht und, bis zur Diastole anhaltend, sich in ein mit dem diastolischen Ton beginnendes schwächeres blasendes Geräusch verliert. Ueber der Aorta ist ein systolischer, durch schwaches Blasen verdeckter und ein deutlicherer diastolischer Ton zu hören, zu letzterem gesellt sich ein geringeres kratzendes Geräusch; statt des ersten Tones der Pulmonalis ist ein weiches Blasen zu hören, von verschiedenem Charakter als an

der Herzspitze; der zweite Ton an der Pulmonalis ist stark accentuirt; über dem rechten Rande des Sternums ist während der Systole ein deutlich vernehmbares Blasen, welches stärker ist als dasselbe an der Pulmonalis; die letzteren Verhältnisse ändern sich gegen die Leber fortschreitend nicht. Die Herzfunction ist unregelmässig, der Puls mässig frequent, inäqual und irregulär, kleiner und weicher als normal. Die Halsvenen sind erweitert, mit erbsengrossen Ausbuchtungen, pulsiren, die Pulsation hört auch dann nicht auf, wenn die Vene peripherisch comprimirt wird. Der Bauch ist vergrössert, das rechte Hypochondrium und das Epigastrium bis zum Nabel sind hervorgewölbt und heben sich bei jeder Systole; die Leber ist bedeutend vergrössert, wölbt sich bei jeder Systole hervor und vergrössert sich zugleich in allen Dimensionen, also pulsirt. Die Milz ist kaum vergrössert; der Harn von dunkelgelber Farbe, 1026 specifischem Gewicht; gibt ein Eiweisscoagulum von 3 Mm. Dicke. Es ist also neben der Insufficienz der Tricuspidalklappe auch Insufficienz der Bicuspidalis cum Stenosi ostii venosi sinistri vorhanden, was die Accentuirung des zweiten Tones an der Pulmonalis genügend erklärt. Was die Entstehung der Tricuspidalinsufficienz im vorliegenden Falle anbelangt, glaubt Verf. ausschliessen zu können, dass dieselbe angeboren ist, ebenso auf Grund der sehr geringen Stauungssymptome das Vorhandensein einer relativen Insufficienz. Nach seiner Meinung ist anzunehmen, dass der vorgeschrittene endocarditische Process im linken Herzen sich auf das rechte Herz erstreckt hat. *Hertzka*, Carlsbad.

54. ***Ein Fall von Leucaemia acutissima.*** *Von* ***Paul Guttmann.*** *Aus dem städtischen Krankenhause Moabit in Berlin. (Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 46.)*

Zu den 18 bisher in der Literatur bekannten Fällen von acuter Leucämie fügt *Guttmann* einen neuen hinzu, der sich durch seine überaus kurze Dauer besonders auszeichnet. Schon $4^1/_2$ Tage nach dem ersten sichtbaren Krankheitssymptom trat der tödtliche Ausgang ein, während die Krankheitsdauer in den anderen 18 Fällen eine längere war, und zwar in den 16 von *Ebstein* zusammengestellten $2^1/_2$—9 Wochen, in der Beobachtung von *Westphal* 6 Wochen, in der von *Senator* 9 Tage betrug. Es handelte sich in dem Falle von *Guttmann* um einen 10 Jahre alten Knaben, der am 9. Mai dieses Jahres, nachdem er einige Tage vorher über eine ungewöhnliche Mattigkeit geklagt hatte, mit Blutharnen erkrankte; gleichzeitig zeigten sich an zahlreichen Stellen des Körpers dunkelblaue Flecke, wozu sich am folgenden Tage Blutungen aus Nasen- und Mundhöhle gesellten. Am Vormittag des 12. Mai wurde der Knabe ganz plötzlich bewusstlos und es trat eine rechtsseitige Lähmung ein. Bei der Aufnahme im Krankenhause, die noch an demselben Abend erfolgte, lag der Knabe in tiefstem Coma da, an vielen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten fanden sich theils kleine, theils durch Confluiren entstandene grössere schwarzblaue Hautblutungen; das rechte Bein war vollständig, der rechte Arm unvollständig gelähmt; Lungen und Herz normal, Puls klein, unregelmässig, 60 Schläge in der Minute, kein Fieber. Die Milz war vergrössert, ihr Rand circa 1 Cm. unter dem Rippenbogen fühlbar, die ebenfalls vergrösserte

Leber überragte um Handbreite den Rippenbogen. Es bestand mässiger Priapismus. Die Blutuntersuchung ergab eine enorme Vermehrung der weissen Blutkörperchen, bei wiederholten Zählungen ein Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen von 1 : 1·4. Der Tod trat bereits nach eintägigem Aufenthalte im Krankenhause ein. Bei der Section fand sich eine grosse Geschwulst der Thymus von ziemlich weicher Consistenz, Vergrösserung der Milz um das Dreifache gegenüber der Norm, geringe Vergrösserung der Leber, das rechte Nierenbecken blutig suffundirt; im linken Seitenventrikel des Gehirns eine grosse geronnene Blutmasse, durch die ein beträchtlicher Theil des Corpus striatum, auch des Thalamus opticus und benachbarter Hirntheile ganz zerstört ist; das Knochenmark des in der Länge halbirten Oberschenkels dunkelroth, die Lymphdrüsen nicht verändert. *Guttmann* hebt besonders die selten bei Leucämie beobachtete acute Schwellung der Thymus hervor, und weist noch darauf hin, dass die nicht gerade sehr bedeutende Schwellung der Milz sich aus dem sehr raschen Ablauf der Krankheit erklärt; auch in den anderen acut verlaufenen Fällen war, mit einer einzigen Ausnahme, die Milz bei weitem nicht so gross als in den Fällen von chronischer Leucämie.

H. Levy, Breslau.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

55. ***Ein Beitrag zur Therapie des Lungenbrandes.*** *Von Dr.* ***O. Hewdke****, Warschau. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 40.)*

Hewdke theilt 4 Beobachtungen mit, in denen er nach erfolgloser Behandlung der Lungengangrän mit den üblichen Mitteln (Terpentinöl, Creosot, Inhalationen von Carbolsäure oder von Kalium permanganicum, Myrthol) antiseptische Injectionen in die gangränösen Lungenherde gemacht hat. Er konnte dabei eine wesentliche Besserung, in einem Falle fast vollständige Heilung constatiren. Die Injectionen wurden mittelst einer 2·5 Ccm. fassenden und mit einer dicken, 5—7 Cm. langen Nadel armirten Spritze ausgeführt. Benutzt wurde anfangs Menthol und dann, da dieses nicht gut vertragen wurde, eine alkoholische Thymollösung von 1 : 300 bis 1 : 200, welche die Patienten selbst in einer Quantität von 2 bis 2·5 Ccm. gut vertrugen. Die meisten klagten zwar über einen üblen Geschmack im Halse, welcher aber nicht lange dauerte. Locale Veränderungen, z. B. in der Haut und im Unterhautzellgewebe, wurden nicht gesehen, mit Ausnahme einer leichten Schmerzhaftigkeit an denjenigen Stellen, wo die Injectionen oft wiederholt wurden. Schwierigkeiten in der Technik boten sich nicht dar; sobald man in die Caverne gelangt ist, ruft die Injection sofort einen Hustenanfall hervor, der Kranke hat den Geruch und Geschmack der benützten Flüssigkeit, auch stellt sich sehr reichliche Expectoration ein. *Hewdke* empfiehlt in Uebereinstimmung mit anderen Beobachtern, für diese Behandlungsmethode möglichst frische Processe auszusuchen, bei denen es sich um oberflächlich gelegene, nicht tuberculöse Cavernen handelt.

H. Levy, Breslau.

56. ***Die Anwendung der Camphersäure und ihre Ausscheidung im Harn.*** *Von Prof.* ***Bohland.*** *Aus der med. Klinik in Bonn. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVII. Heft 3 u. 4.)*

Verf. hat die zuerst von *Fürbringer* constatirte, dann von Anderen bestätigte günstige Wirkung der Camphersäure als Antihydroticum wie auch als Antisepticum, besonders bei der Cystitis, einer erneuten Prüfung unterzogen und dieselbe vollauf bestätigt gefunden. Abendliche Dosen von 1—2, höchstens 3 Grm. brachten meistens eine völlige Unterdrückung des Nachtschweisses bei Phthisikern, oft blieb derselbe, nachdem 2—3 Tage lang das Mittel genommen war, auf Tage, ja 2—3 Wochen aus; unangenehme Nebenwirkungen traten dabei nicht hervor. Das Natriumsalz der Camphersäure dagegen erwies sich von viel geringerer Wirkung. Bei Schweissen, die nicht durch Tuberculose bedingt waren, zeigte sich auch die Camphersäure bei weitem weniger wirksam, als bei den phthisischen Nachtschweissen. Gegen die hierauf begründete Annahme von *Dreesmann,* dass die Camphersäure eine specifische Einwirkung auf die Tuberkelbacillen habe, spricht aber der Umstand, dass das Fieber und das Weiterschreiten des tuberculösen Processes durch das Mittel nicht beeinflusst wird. Auch in einigen Fällen von Darmphthise, bei denen Opium versagte, erwies sich Acid. camphor., 3mal täglich 1 Grm., sehr wirksam. Bei Behandlung der Cystitis mit Camphersäure waren die Resultate ebenfalls sehr günstige; schon nach zwei Tagen kehrte die saure Reaction, wenn vorher eine alkalische bestand, dauernd wieder. Untersuchungen über die Ausscheidung der Säure ergaben, dass dieselbe sehr rasch wieder im Harn erscheint, am raschesten wenn das Medicament Morgens nüchtern genommen wird; schon nach 2 Stunden war die Ausscheidung im Gange und nach 5 Stunden beendet; jedoch blieb die Menge der im Harn ausgeschiedenen Säure erheblich gegen die verabreichte Quantität zurück, ein Umstand, der auf die geringe Löslichkeit der Camphersäure, resp. auf die Bildung unlöslicher Salze im Darm zu beziehen ist. Daraus liesse sich auch die fäulnisswidrige Wirkung der Camphersäure bei Darmcatarrhen erklären.

57. ***Ueber die Umstände, welche die Heilung von Phthisikern begünstigen.*** *Von* ***Burney Yeo.*** *Verhandlungen der Med. Society zu London vom 9. Nov. 1891. (Allg. med. Central-Ztg. 1891. 98.)*

Nach *Burney Yeo* ist die Lungenphthise heilbar, allerdings nur unter exceptionellen Bedingungen. In solchen Fällen, in welchen man bei der Autopsie gelegentlich ausgedehnte tuberculöse Herde findet, handelt es sich im Allgemeinen um Patienten, welche an beginnender Tuberculose litten, indessen keineswegs Symptome des klinischen Bildes der Lungenphthise dargeboten hatten. Für die Heilung ist es daher von Wichtigkeit, eine möglichst frühzeitige Diagnose zu stellen: Im Sputum erscheint der Bacillus der Tuberculose erst dann, wenn die Zerstörung der Gewebe beginnt, so dass man sein Auftreten nicht als den Beginn der Lungenphthise ansehen kann. Die Untersuchung des Sputums auf Tuberkelbacillen ist somit nach *Burney Yeo* für die Diagnose der Lungenphthise von untergeordneter Bedeutung, vielmehr hat man dann, wenn man durch Auscultation, Percussion an irgend einer Stelle dauernd gewisse

Anomalien in Verbindung mit einer Alteration des Allgemeinbefindens entdeckt, den Patienten sorgfältig zu beobachten. Was die Verwerthung der Hämoptysis im Anfangsstadium der Phthise anlangt, so glaubt *Burney Yeo*, dass dieselbe besonders in denjenigen Fällen auftritt, welche eine Tendenz zur Heilung besitzen; bei denjenigen Individuen dagegen, deren Gewebe sehr reizbar sind, sind die Chancen der Heilung weit weniger günstig. Im günstigen Sinne sind zu beurtheilen Fälle der hereditären Belastung, ferner Fälle von Verdauungs- und Assimilationsstörungen. Als klimatische Curorte empfiehlt *Burney Yeo* Südafrika, Madeira, in einigen Fällen auch hochgelegene Schweizer Curorte. Die guten Erfolge, welche *Dettweiler* in einer relativ wenig günstigen Gegend erzielt hat, beweisen, wie wichtig auch für die Behandlung regelmässige, entsprechende Ernährung, Hygiene u. s. w. ist. Von Medicamenten empfiehlt *Burney Yeo* vorwiegend das Creosot, unterphosphorsauren Kalk und Antiseptica in Form von Inhalationen.

58. ***Zur Hydrotherapie der Masern.*** *Von* **Julius Fodor.** *(Blätter f. klin. Hydrother. 1891. 3. — Oester.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1891. 48.)*

Fodor hat 36 Masernfälle — der jüngste Pat. war 6 Monate alt — mit hydriatischen Mitteln auf folgende Weise behandelt: Der ganze Körper der Kinder wird mittelst eines in einen Kübel kalten Wassers getauchten grossen, porösen Schwammes feucht abgerieben; dieser Abreibung folgt die Application einer nasskalten, trocken umwickelten Rumpfbinde. Das Fieber wird weniger durch diese Manipulation herabgesetzt, als dass eine Belebung des Nervensystems, Kräftigung der Herzaction, Anregung der Verdauung, Ermöglichung des Schlafes und schliesslich Ausscheidung der in den Körper eingedrungenen oder während der Krankheit angehäuften Krankheitsstoffe — Toxine — hergestellt wird. Die Abwaschung soll bei Temperaturen über 39° C. Abends stündlich wiederholt werden, Nachts nur einmal. Auch nach Abfall der Temperatur will *Fodor* durch kühle Waschungen, Rumpfbinden, warme Bäder die Reinigung der Haut von den Abstossungsproducten bewirken, die gesteigerte Empfindlichkeit für Witterungseinflüsse herabsetzen und so die Entstehung von Nachkrankheiten möglichst verhüten.

59. ***Ueber die Wirkung der Alkalien auf den Stoffwechsel.*** *Von* **Lapicque.** *Verhandlungen der Société de Biologie zu Paris vom 31. October 1891. (Allg. med. Central-Ztg. 1891. 94.)*

Aus neueren Untersuchungen geht hervor, dass die Alkalien auf die Stickstoffausfuhr so gut wie gar keinen Einfluss besitzen; besonders folgt dies aus sorgfältigen, im letzten Jahre unter Leitung von *Stadelmann* angestellten Stoffwechseluntersuchungen. Nach diesen ist irgend eine charakteristische Veränderung nicht beobachtet worden, selbst wenn man ziemlich hohe Dosen von citronensaurem Natron einführte, nur constatirte man eine gewisse Unregelmässigkeit in der Ausscheidung des Harnstoffes. Allerdings ist diesen Untersuchungen gegenüber einzuwenden, dass sie nur an gesunden Personen gemacht wurden. Bekanntlich ist die Alkalescenz des Blutes die Bedingung des lebenskräftigen Zustandes der Zelle. So lange diese hinreichend vorhanden ist, kann man allgemein annehmen, dass auch ein Excess nach irgend einer Richtung hin keine bedeutenderen

Einflüsse haben kann. Es erscheint daher nicht im Widerspruch mit jenen Ergebnissen, wenn man annimmt, dass die Einführung von Alkalien bestimmte Wirkungen nur unter der Voraussetzung hat, dass die Alkalescenz des Blutes nicht genügend gross ist. Behufs Feststellung dieser Hypothese hat nun *Lapicque* citronensaures Natron einer Person eingegeben, bei der man Grund hatte, eine mangelnde Alkalescenz des Blutes anzunehmen. Es bestand bei ihr harnsaure Diathese. Patient hatte ausserdem die Gewohnheit, excessive Mengen Fleisch und dabei relativ wenig Vegetabilien zu geniessen. Als Resultate der quäst. Stoffwechseluntersuchung hat nun *Lapicque* Folgendes constatirt: 1. Die Alkalien sind selbst in geringer Dosis im Stande, die Ausscheidung des Harnstoffes zu vermindern. — 2. Wenn vor der Cur die Harnstoffbildung noch so unregelmässig war, so wird sie in Folge derselben völlig regelmässig. Es besteht also in der That eine Einwirkung auf den Stoffwechsel, und zwar konnte man im Gegensatz zu den Ergebnissen der *Stadelmann*'schen Arbeit eine ganz regelmässige Verminderung des Harnstoffes beobachten.

60. ***Zur Behandlung der nervösen Magenkrankheiten.*** *Von* ***v. Sohlern****, Wiesbaden. (Berlin. klin. Wochenschr. 1891. — Memorabilien. 1891. Heft 9.)*

Nach Verf. spielt bei Behandlung der nervösen Magenleiden eine gewisse Diät eine ebenso wichtige Rolle, wie bei den übrigen organischen Magenkrankheiten, worauf bisher nicht geachtet worden sei, zumal der Kranke erfahrungsgemäss oft schwere Speisen besser, als leichte, oder beide mit gleichen Beschwerden verträgt. Wenn man sich bei diesen Kranken nach ihrer Lebensweise erkundige, so höre man in der Mehrzahl der Fälle, dass sie gerade mit Rücksicht auf ihre schwachen Nerven sehr kräftig gelebt und fast ausschliesslich Fleisch genossen haben, und zwar seit der Kindheit. Die Beobachtung, dass gerade Leute, die von viel Fleisch leben und auch ganze Völkerschaften, die im Wesentlichen nur stickstoffreiche Nahrung zu sich nehmen, ein erregbareres Nervensystem haben, als Vegetarier in der Menschen- und Thierwelt, machen es nach Verf. wahrscheinlich, dass diese einseitige Fleischernährung beim Menschen eine erhöhte Reizbarkeit des Nervensystems zur Folge hat, die man als Neurasthenie zu bezeichnen pflegt. Ein die physiologischen Grenzen überschreitender, vielleicht durch Jahre fortgesetzter einseitiger Fleischgenuss kann eine krankhafte Alteration hervorrufen, die sich mit Vorliebe im Vago-Sympathicusgebiete zu bethätigen scheint. Diese Erwägungen veranlassten Verf. vor circa vier Jahren, der Diät nervös Magenleidender eine grössere Aufmerksamkeit zu schenken Er gibt seit dieser Zeit bei den Neurosen des Magens mit Irritationserscheinungen, seien sie im sensiblen, motorischen oder secretorischen Gebiete, reichliche Mengen von Kohlehydraten, und schränkt er auf alle Fälle den Fleischconsum beträchtlich ein, lässt ihn auch zeitweise ganz wegfallen. Dabei soll natürlich nicht plötzlich mit allen Lebensgewohnheiten gebrochen werden, also einem Manne, der jahrelang ausschliesslich von Fleisch gelebt hat, dieses nicht auf einmal ganz entzogen werden. Unter einer reichlichen Ernährung mit Kohlehydraten versteht Verf. aber nicht die Fütterung mit geringwerthigen Gemüsen,

sondern eine möglichst abwechslungsreiche Diät. Sehr wesentlich ist nach Verf. die richtige Auswahl der Kohlehydrate, deren Zubereitung und auch die Temperatur, die sie beim Essen haben. Man soll nur Kohlehydrate wählen, die einen hohen Nährwerth repräsentiren, wie Reis, Mais, Nudeln, Maccaroni etc.; dann müssen alle Speisen sehr weich gekocht, von breiartiger Beschaffenheit sein, damit auch weniger mechanische Anforderungen an den Magen gestellt werden. Die Speisen dürfen nie heiss genossen werden, sondern müssen temperirt sein, da der höhere Wärmegrad von einer grösseren Salzsäureabgabe begleitet ist. Es ist nach Verf. die mangelhafte Mechanik des Magens, nicht die Hyperacidität die Schuld, dass die Kohlehydrate bei Magenausspülungen angetroffen wurden. Wahre Neurosen, die nicht in das Gebiet der Paresen gehören, weisen eine gute Magenmechanik auf, wie dies Hunderte von Ausspülungen bestätigten. Die Praxis lehrt, dass Amylaceen recht gut verdaut werden und der Magen nach 6 oder 7 Stunden so tadellos leer ist, wie bei Fleischkost auch.

61. ***Beitrag zur Behandlung der Lungentuberculose nach Dr. Picot.*** *Von Vladár, Budapest. (Gyógyászat. 1891. 23. — Ther. Monatsh. 1891. Nov.)*

Vladár prüfte an seinen Phthisikern das *Picot*'sche Heilverfahren, welches vor Kurzem, als an 33 Patienten mit glänzendem Erfolge angewendet, in die Welt gesetzt wurde. Das Mittel *Picot's* (Jodoform. 0·30, Guajacol. 0·15, Ol. Sesami, Ol. Vaselini aa. 15·0) wurde in der Regio supraspinata hypodermatisch applicirt. Es wurde mit 0·30 einer *Pravaz*'schen Spritze begonnen, dann langsam auf 1 Ccm. gestiegen, dann langsam auf 2, später auf 3 Ccm. Bei diesem Verfahren bekamen die Patienten während der zweimonatlichen Behandlung noch einmal so viel Jodoform und Guajacol, als es *Picot* empfahl. Intoxicationserscheinungen wurden nicht beobachtet. *Vladár* beobachtete keine Besserung, noch weniger eine Heilung der Lungentuberculose. *Vladár* wählte seine Patienten so, dass nicht nur vorgeschrittene Fälle, sondern auch solche mit Phthisis incipiens nach dem erwähnten Verfahren behandelt wurden.

62. ***Zur Behandlung der Influenza.*** *Von Robert Bartholon. (Philad. med. news. — Memorabilien. 1891. Dec.)*

Hinsichtlich der Behandlung sagt Verf.: Die beste Inhalation, die man während des vorangehenden trockenen Stadiums brauchen kann, ist der Wasserdampf; der Patient kann diesen beständig inhaliren, wenn man die Luft des Zimmers damit erfüllt. In diese Wasserdämpfe können die Dämpfe von Creosot, Eucalyptusöl oder Terpentin eingeschlossen werden. Eine einfache Methode, diese Mittel zu gebrauchen, ist die, in das Wasser eine genügende Menge Eucalyptusblätter zu legen und von Zeit zu Zeit Creosot, Terpentin oder beides zusammen hinzuzufügen. Das Wasser wird in dem Gefäss, das diese Medicamente enthält, die ganze Zeit über siedend erhalten. Die nöthige Wärme kann bei Gasleitung durch einen Gasbrenner oder auch von einem gewöhnlichen Ofen geliefert werden. Die Menge, die man zu entwickeln hat, wird man nach der Wirkung regeln müssen, die auf die localen Störungen ausgeübt wird. Von Dämpfen sind am nützlichsten die von Aethyljodid, Creosot, Terpentin, Jod, Carbolsäure, Jod mit Creosot oder Carbolsäure u. s. w.

Diese sind am meisten von Nutzen in dem Stadium, wo die trockene Schleimhaut feucht und schlaff zu werden anfängt. Dann die Insufflation, d. i. die Methode, feine Pulver durch Einblasen auf die afficirten Partien abzulagern. Eine leichte Methode, die Pulver zu appliciren, ist die mittelst des Insufflators; derselbe enthält einen Hohlraum, ein gerades oder gekrümmtes Rohr und einen Ballon, um die Luft hindurch zu treiben. Von den Pulvern sind die geeignetsten: Jodoform, Bismuthum salicylicum, Tannin, Jod-Tannin und besonders Resorcin; das letzterwähnte Mittel hat eine ausgezeichnete Wirkung, wenn man es, soweit ausführbar, über die ganze Fläche verstäubt. Von den inneren Mitteln sind als wirksamste zu erwähnen zuerst das Atropin in Lösung von 0·06 : 30·0 Wasser, so dass jeder Tropfen $^{1}/_{430}$—$^{1}/_{460}$ Gran enthält; als Einzeldosis ist 1 bis 5 Tropfen zu geben, die geringste für kleine Kinder (nach der ersten Dentition). Ferner kann Belladonna-Tinctur in Gebrauch genommen werden, und zwar 1 bis 10 Tropfen 2mal täglich. Bei der ebenso schnellen, wie langdauernden Wirkung dieses Medicamentes darf dasselbe nicht mehr wie 2mal am Tage gegeben werden oder die Dosis muss viel kleiner sein, als oben angegeben. Bei Depressionszuständen und Melancholie wirkt wahrscheinlich das Atropin besser. Bei quälendem Kopfschmerz, Gelenksschmerzen und Schwäche werden sich zweifelsohne Antipyrin, Acetanilid, Phenacetin und andere germicide und antiseptische Mittel als nützlich erweisen.

63. ***Die Behandlung des Status epilepticus.*** *Von Dr. **Kernig**. (St. Petersburg. med. Wochenschr. 1891. — Memorabilien. 56. Jahrg. Heft 1.)*

Verf. bespricht die Behandlung des so qualvollen und gefährlichen Zustandes, wo Schlag auf Schlag Anfälle folgen und die Kranken fast gar nicht zum Bewusstsein kommen. 1. Ein junges Mädchen im Obuchowhospital hatte die ganze Nacht fast ununterbrochen epileptische Anfälle gehabt und lag nun am Morgen comatös, aber noch ohne Lungenödem und mit ziemlich gutem Pulse da. Als nun die Convulsionen sich zu wiederholen anfingen, wurde ihr 0·02 Pilocarp. mur. subcutan injicirt und gleichzeitig 1·5 Campher (in Emulsion) gegeben. Schweiss brach aus. Die Krämpfe hörten momentan auf, aber es drohte eine Stunde lang immer Lungenödem und Collaps. Endlich liessen die bedrohlichen Erscheinungen nach und es folgte tiefer Schlaf mit gutem Pulse. Natürlich wurde die Seitenlage angeordnet, damit der reichlich fliessende Speichel nicht Sörungen veranlasse. 2. Ein älterer Herr, der bisher seine epileptischen Anfälle circa alle 4—5 Wochen gehabt, erlebte im Sommer eine schwere psychische Erschütterung; da begannen die Anfälle bald häufiger und schwerer zu werden. In demselben August überstand er einen leichten exanthematischen Typhus. Vor 8 Tagen an einem Abende von 4—11 Uhr 9 Anfälle, dazwischen Coma, aber jeder Anfall scharf charakterisirt mit Schrei, allgemeinen Convulsionen und Schaum vor dem Munde. Bis zum 4. Anfall kein Fieber, nach dem 9. 39·2. Hier wurde wegen des höheren Alters kein Pilocarpin angewandt und 0·015 Morph. injicirt, wonach ruhiger Schlaf eintrat, der die ganze Nacht fortdauerte. In diesen beiden Fällen haben sich somit Pilocarpin und Morphin bewährt.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

64. ***Jauchiger Zerfall eines submucösen Uterusfibroids als Indication zur totalen Exstirpation des Uterus.*** *Von* **D. v. Ott**, *Petersburg. (Volkmann's klin. Vortr. Nr. 34.)*

Bei einer Kranken mit einem grossen, die Uterushöhle ausfüllenden und in jauchiger Zersetzung begriffenen Fibroid war Verf. genöthigt, nicht allein dieses letztere, sondern auch den ganzen Uterus nebst Anhängen zu entfernen, durch welches Ultimum refugium das Leben der Patientin erhalten blieb. Da Verf. in der ganzen ihm zugänglichen Literatur keinen einzigen gleichen Fall fand, publicirt er ihn im obgenannten Hefte in extenso, und knüpft daran die folgenden Schlussbemerkungen: *a)* Die Indication zur totalen Exstirpation des fibromatös erkrankten Uterus sollte auch auf die dem vorstehenden Falle ähnlichen Krankheitsfälle ausgedehnt werden; *b)* in derartigen Fällen ist die Entfernung des gesammten Uterus zweifellos das sicherste Mittel zur Eliminirung des inficirenden Agens. In den Fällen, wo bereits Verdacht auf Erkrankung des Bauchfells besteht, muss für freien Abfluss der Secrete durch die während der Operation hergestellte Verbindungsöffnung zwischen Bauchhöhle und Scheide gesorgt werden; *c)* bei gangränösem Zerfalle eines Fibroids in der Uterushöhle muss man sich über den Zustand der Adnexa Gewissheit verschaffen, um bei eventueller Miterkrankung derselben entsprechende Massregeln ergreifen zu können. *v. Buschman.*

65. ***Zur Ichthyolbehandlung in der Frauenheilkunde.*** *Von* **P. Kötschau**, *Köln. (Volkmann's klin. Vortr. Nr. 35.)*

Auf Grund seiner eigenen, sowie auch fremder Studien, welche in der vorliegenden Arbeit theils eingehender, theils kürzer und summarischer behandelt werden, spricht Verf. die Ueberzeugung aus, dass Ichthyol ein unentbehrliches Mittel in der Gynäkologie bleiben werde. Vor Jahren ging er mit einem gewissen Widerwillen an die diesfälligen Versuche, da die syrupartige Consistenz das Mittel oft verleiden kann; heute aber ist er unbedingter Vertheidiger desselben, wenn auch von Enthusiasmus weit entfernt. Unter Ichthyol kurzweg ist das dünnflüssige Ammonium sulfoichthyolicum zu verstehen; die consistenteren Salze (Natrium, Zincum, Lithium) müssen erst durch Erwärmen dünnflüssig gemacht werden und wirken bei den gynäkologischen Fällen nicht so prompt; ganz und gar lässt das Thyol im Stich, welche Verf. in seiner Frauenklinik statt des Ichthyol versuchte. Ueber die Wirkung des von *Freund* empfohlenen Ichthyolzinkes bei Schrunden der Brustwarzen hat Verf. keine eigene Erfahrung. Die mit der Ichthyoltherapie erzielten Erfolge liefern bei strenger Indication zu seiner Anwendung den Beweis, dass wir in ihm ein hervorragendes Mittel zur schnellen und sicheren Heilung verschiedener Frauenleiden besitzen, bei denen häufig der Gebrauch des Messers nicht vermieden werden konnte, welches aber natürlicherweise nicht als Panacee für jedes gynäkologische Leiden gelten darf.

v. Buschman.

66. ***Eine neue Behandlungsmethode der Tuberculose, besonders der chirurgischen Tuberculosen.*** *Von* ***Max Schüller****. Wiesbaden. (Centralbl. f. Chir. 1891.)*

Schüller hat, gestützt auf seine 1878—1880 ausgeführten therapeutischen Versuche, verschiedene der von ihm bei tuberculös inficirten Thieren studirten Mittel bei den tuberculösen Processen des Menschen geprüft und festzustellen gesucht, in welcher Weise sich dieselben theils allein, theils in Verbindung mit chirurgischen Massnahmen und operativen Eingriffen am besten anwenden lassen. Da er die chirurgischen Tuberculosen, gleich der Tuberculose innerer Organe, ausnahmslos für Localisation eines tuberculösen Allgemeinleidens hält, erheischt nach ihm jedweder Fall dieser Art neben der örtlichen eine entsprechende Allgemeinbehandlung. Es ergibt sich aus den Mittheilungen *Schüller's*, dass nicht nur die Heilung der chirurgisch durch Operationen und Jodoforminjectionen behandelten Fälle mittelst der von ihm zuerst experimentell geprüften Guajacolpräparate in auffälliger Weise unterstützt und beschleunigt wird, sondern dass auch manche chirurgische Tuberculosen, wie einfache Drüsen-, Knochen- und Gelenktuberculose, so wie andererseits Fälle von tuberculösen Spitzenerkrankungen und Lungentuberculose durch Anwendung dieser Mittel allein vollkommen zur Ausheilung gelangen können. *Schüller's* Allgemeinbehandlung besteht in der internen Darreichung von Guajacol, welches in Dosen von 2—5 Tropfen 4—5mal täglich in 100 bis 150 Grm. Zuckerwasser, Milch, Bier, Wein etc. lange Zeit hindurch genommen werden muss. Gerade in der consequenten Durchführung der Guajacolbehandlung über 3—6 Monate, ja über 1 Jahr hinaus liegt die Garantie für den Erfolg, indem nach zu frühem Aussetzen des Mittels mehrmals Recidive eintraten. Bei der Lungenphthise wurde der innerliche Gebrauch durch Inhalationen von Guajacol 5:3000 bis 5000 wirksam unterstützt. Bei allen Pat. wurde ferner neben dem Localleiden auch der Allgemeinzustand in günstiger Weise beeinflusst. Die überwiegende Mehrzahl derselben ist seit Jahren geheilt und, dauernd ohne Recidiv, gesund geblieben. Andere Mittel, wie Natrium benzoicum, Creosot etc., hat *Schüller* nach zahlreichen Versuchen zu Gunsten des sicherer wirkenden Guajacol wieder aufgegeben. Doch misst *Schüller* den chirurgischen Eingriffen und Operationen, so wie besonders den Jodoforminjectionen nach der von ihm befolgten Methode einen hohen Werth für die Heilung der chirurgischen Tuberculosen bei. Er injicirt die Jodoformemulsion nicht nur in Höhlen, sondern auch in das erkrankte Gewebe selbst, z. B. in den erweichten Knochen, die Synovialis, die paraarticulären Weichtheile und in die Umgebung von Fisteln. Klimatische Curen, kräftige Ernährung und rationelle Körperpflege durch Bäder, Massage, Elektricität wurden als werthvolle Unterstützungsmittel der Behandlung, wo irgend angängig, zur Anwendung gebracht.

67. ***Zur Behandlung des Prolapsus recti.*** *Von Dr.* ***Julius Csillag****, Wien. (Blätter f. klin. Hydrother. 1891. 8.)*

Die Befestigung des Mastdarmes geschieht theils durch das lockere periproctale Bindegewebe, theils durch eine Gruppe von willkürlichen Muskeln, welche in ihrer Gesammtheit Diaphragma

pelvis proprium genannt werden. Nach Verf.'s Dafürhalten trägt zur Erschlaffung des Befestigungsapparates des Mastdarmes sehr viel der Umstand bei, dass in Folge des chronischen Dick- und Dünndarmcatarrhs es zu einer Ernährungsstörung und oft rapid verlaufender Resorption des massenhaften Fettgewebes kommt, welches sich zwischen den einzelnen Schichten des Beckenbodens ausbreitet. Ueberraschend gut und rasch sind die Heilerfolge bei der mechanischen Behandlung des Prolapsus. Verf. berichtet über 4 Fälle. Sämmtliche Patienten wurden durchschnittlich in 10 bis 14 Tagen aus der Behandlung geheilt entlassen und hielt die Heilung auch an. Das Alter der Patienten bewegte sich zwischen 6 Monaten und 5 Jahren. Der Prolaps war von ziemlicher Grösse, im Falle IV sogar 12 Cm. lang. Das vom Verf. eingeschlagene Verfahren war folgendes: 1. Massage des Rectum; 2. S romanum-Hebungen 3—4mal; 3. Kreuzbeinklopfung zum Schluss der täglichen Sitzung. 4. Gymnastik wurde nur im Fall I ausgeführt und sie bestand aus folgenden Widerstandsbewegungen: *a)* Beintheilung 5—6mal; *b)* Knietheilung unter Kreuzhebung 5—6mal; *c)* Kneifungen (Knippningar); auch wurde Patient angewiesen, die Kneifungen zu Hause stündlich auszuführen. Bei den übrigen 3 Fällen ist die Ausführung der Heilgymnastik durch das geringe Alter der Patienten unmöglich gemacht worden. Ad 1. Verf. geht mit dem eingeölten rechten Zeigefinger in den Anus und führt in der ganzen Peripherie des Mastdarmes die sogenannten Zitterstreichungen aus, wie dies von *Brandt* zur Massage der Beckenwände angegeben wurde. Verf. weist auf einen Handgriff hin während der Rectummassage. Ein Jeder wird die Erfahrung gemacht haben, dass bei grösserem Prolapse, nachdem derselbe reponirt wurde, Patient heftig zu drängen anfängt, so dass, wenn man nicht genug vorsichtig ist, der Mastdarm sofort wieder herausgedrängt wird; dasselbe geschieht, wenn behufs Ausführung der Rectummassage man mit dem Finger in den Anus hineinfährt. Um diesem vorzubeugen, hebt er zwei parallele Analfalten und verschliesst auf diese Weise den Anus. So geht er auch vor, wenn er mit dem Finger aus dem After nach gethaner Massage herausfährt und hält auf diese Weise den Anus so lange geschlossen, bis Patient aufgehört hat zu pressen. Die Massage soll immer im geraden Verhältnisse zur Grösse des Prolapsus stehen. Ad 2. Durch die S romanum-Hebung werden die Muskeln des Beckenbodens, speciell der Levator ani und die Retractores recti gedehnt und vitalisirt. Bei Säuglingen bis im Alter von 2—3 Monaten hat die Flexura sigmoidea keine bestimmte Lage und ist meist an der rechten Seite. Ad 3. Die Gymnastik ist gewiss nicht unentbehrlich. Doch räth Verf., dass in Fällen, wo deren Ausführung kein Hinderniss im Wege steht, sie nicht unterlassen werden möge, denn sie wirkt mächtig contractionserregend auf die Musculatur des Beckenbodens und auf die Sphincteren.

68. ***Die Operationen von Gebärmuttergeschwülsten, die Oophorectomie und die Castration der Frauen bei Geistes- und Nervenkrankheiten.*** *Von* **Spencer Wells,** *London. (Volkmann's klin. Vortr. Neue Folge. Heft 32.)*

Spencer Wells, nebst *Keith* der grösste Ovariotomist der Gegenwart, ist gleich seinem eben genannten Collegen ein begeisterter

Anhänger des conservativen *Apostoli*'schen Verfahrens geworden, und lässt sich seine auf überreiche Erfahrung begründete Ansicht hierüber in Folgendem zusammenfassen: Das beinahe stets erzielte Resultat des *Apostoli*'schen elektrischen Verfahrens bei Fibromen und Myomen des Uterus ist eine entschiedene Besserung oder Wiederherstellung der allgemeinen Gesundheit. In der Mehrzahl der Fälle wurden die Blutungen in kurzer Zeit zum Stillstande gebracht, in manchen anderen Fällen erfolgte dies langsamer. Nicht so sicher als das Aufhören der Blutungen wird Beseitigung der Schmerzen erzielt. Die Tumoren erleiden meist eine bedeutende Massenverminderung, seltener verschwinden sie gänzlich; im ersteren Falle werden sie beweglicher und minder schmerzhaft und misslingt es nur ausnahmsweise, ihr weiteres Wachsen zu beschränken. In cystoiden Fibromen dagegen ist die elektrische Behandlung relativ nutzlos. Die durch Rückbildung der Geschwülste erzeugten Veränderungen und das hierdurch hergestellte allgemeine Wohlbefinden sind in der Regel andauernd. Von grosser Bedeutung ist die Erfahrung, dass die elektrische Behandlung die Kranken für eine eventuelle spätere Myomectomie nicht untauglich macht, welche im Gegentheile durch die erzielte Verkleinerung des Tumors und die Lösung seiner früheren Verwachsungen erleichtert wird. Was den im Titel genannten zweiten Theil der vorliegenden Arbeit anlangt, wendet sich *Spencer Wells* in schärfster Weise gegen den Missbrauch, der mit der Entfernung der Ovarien getrieben wird, wenn er auch zugibt, dass die Oophorectomie in einzelnen Fällen von Fibroiden des Uterus und sonst unstillbaren Gebärmutterblutungen rathsam sein mag, ja sogar bei gewissen Missbildungen der Sexualorgane, bei Missgestaltungen des Beckens und bei zufälligen Unwegsamkeiten der Scheide angezeigt sei. Aeusserst beschränkt ist die Zulässigkeit der Castration bei ovarialen Dysmenorrhoen oder Neuralgien, und nur dann gerechtfertigt, wenn dies jeder anderen Behandlungsweise widerstanden und das Leben oder die geistige Gesundheit gefährden. Durchaus verwerflich ist sie fast in allen Fällen von nervöser Reizbarkeit oder Irrsinn. Sehr richtig betont *Spencer Wells*, dass eine solche Operation niemals vorgenommen werden darf ohne Zustimmung der Kranken und Darlegung der Folgen der Operation. In Fällen von Nymphomanie und Geisteskrankheiten ist sie nach *Spencer Well's* Ansicht gar nicht gerechtfertigt. Wie aus dem Vorstehenden ersehen werden kann, bringt die durchaus sehr lesenswerthe Arbeit keinerlei Neues, ist aber als Ausdruck der heutigen Anschauung einer der ersten Autoritäten auf diesem Gebiete zweifellos von hervorragendem Interesse.

Buschman.

69. ***Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers.*** *Von Prof.* ***J. Veit.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 19. — Pest. med.-chir. Presse. 1891. 50.)*

Wie neuerdings *Hegar* und *Leopold* eine Einschränkung der inneren Untersuchung Gebärender befürworteten, so auch *Veit*. Er erwartet von ihr eine wesentliche Herabsetzung der puerperalen Mortalität. Er fordert, dass die innere Untersuchung jeder Kreissenden in der Eröffnungsperiode von ganz bestimmten Indicationen abhängig gemacht wird. Als solche nennt er: 1. Allgemeine Störungen

des Befindens: *a)* Eclampsie und Nephritis, *b)* Fieber, schlechtes Allgemeinbefinden, schlechte Beschaffenheit des Pulses; 2. örtliche Störungen: *a)* Blutabgang aus den Geschlechtstheilen, *b)* abnorm gesteigerte Schmerzhaftigkeit der Wehen, *c)* abnorm lange Dauer der Eröffnungsperiode; 3. Abweichungen vom normalen Befunde bei der äusseren Untersuchung: *a)* Stand des Kopfes über dem Becken bei Primiparen oder nach dem Wasserabgang bei Pluriparen, *b)* abnorme Dehnung des unteren Uterinsegmentes oder vollendete Ruptur, *c)* verlangsamte Frequenz der kindlichen Herztöne, *d)* fehlerhafte Lage oder Haltung der Frucht. Vorzeitigen Abgang des Fruchtwassers, wenn der Kopf durch die äussere Palpation als im Becken stehend erkannt wird, sieht er nur für eine Aufforderung zum sorgfältigen Auscultiren, nicht zur inneren Untersuchung an. Auch bei sehr schmerzhaften Wehen, aber sonst normalem Verhalten soll die äussere Untersuchung ausreichen. Eben so wie in der Eröffnungs-, ist auch in der Austreibungsperiode eine Untersuchung von der Scheide aus nur in seltenen Fällen angezeigt. *Veit* stellt hier als Indicationen für die innere Untersuchung auf: 1. Allgemeine Störungen: *a)* Fieber, *b)* schlechte Beschaffenheit des Pulses, *c)* abnorme Aufgeregtheit, *d)* Eclampsie und Nephritis; 2. örtliche Störungen: *a)* verspäteter Blasensprung, *b)* Blutabgang nach aussen, *c)* mangelhafte Wehenthätigkeit verschiedener Art, *d)* mangelnder Fortschritt in der Geburt; 3. Befund in der äusseren Untersuchung: *a)* abweichende Lage oder Haltung des Kindes, *b)* abnorme Ausdehnung des unteren Uterinsegmentes oder vollendete Uterusruptur, *c)* Verlangsamung der kindlichen Herztöne, *d)* Stellung des Kopfes über dem Becken. Noch weit seltener ist die innere Untersuchung in der Nachgeburtsperiode nöthig. Nur bei starken Blutungen ist sie indicirt. Wie sich *Veit* überzeugt hat, ist eine derartige Einschränkung der inneren Untersuchung praktisch sehr wohl durchführbar. Allerdings verlangt sie, dass man der Vernunft des geburtshilflichen Personales eben so wie des Publicums sicher ist. Weiss letzteres erst, dass je häufiger die innere Untersuchung vorgenommen wird, desto geringer die Fertigkeit in der äusseren ist, so wird es die Geschicklichkeit der Hebammen hiernach beurtheilen und seine Wahl darnach treffen.

70. ***Ueber die Endergebnisse der vaginalen Totalexstirpation wegen Carcinom an der königl. Frauenklinik zu Dresden.*** *Von Assistent* **E. Leisse.** *(Arch. f. Gyn. Bd. XL, Heft 2, pag. 261.)*

Vom 11. Oct. 1883 bis 9. Mai 1889 wurde 80male die vaginale Uterusexstirpation wegen Carcinom des Uterus an der Dresdener Klinik vorgenommen. Von diesen 80 Frauen sind gegenwärtig noch 45, oder 56·25% am Leben, während 35, oder 43·75% bereits gestorben sind. Von den 20 Letztoperirten dieser Reihe von 80 Frauen (innerhalb des Zeitraumes vom 11. Juni 1888 bis 9. Mai 1889) sind nur 9 am Leben. Dies rührt davon her, dass in der letzten Zeit auch technisch schwierigere Fälle der Radicaloperation unterzogen wurden, die daher für den Dauererfolg keine sehr günstigen Aussichten darboten. Von den 35 Todesfällen sind 8 abzuziehen, da sie Frauen betreffen, die nicht an der Recidive, sondern an einem anderen

unabhängigen Leiden zu Grunde gingen. Es rectificiren sich daher die Zahlen folgendermassen: 72 Operirte; 37% derselben sind an Recidive zu Grunde gegangen, 62·5% dagegen sind nach 2 Jahren noch gesund. Am wichtigsten dagegen ist folgende Tabelle:

Von 80	vor länger	als	2	Jahren	Operirten	leben noch	45 =	56·25%
„ 58	„	„	3	„	„	„	34 =	58·6 „
„ 42	„	„	4	„	„	„	25 =	59·5 „
„ 30	„	„	5	„	„	„	18 =	60·0 „
„ 9	„	„	6	„	„	„	6 =	66·6 „
„ 2	„	„	7	„	„	„	2 =	100·0 „

Kleinwächter.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

71. ***Allgemeine Therapie der Nasen-, Mund- und Rachenhöhlenerkrankungen.*** *Nach Dr.* ***Maximilian Bresgen's*** *Krankheits- u. Behandlungslehre, pag. 116—144.*

Die Athmungsluft sei Tag und Nacht möglichst rein, die Zimmer müssen ergiebig gelüftet werden, die Hautathmung werde sorgfältig gefördert, wollene Bekleidung, weil diese am durchlässigsten und wärmsten, soll getragen werden, nächst dieser leinene Hemden mit Unterjacke aus Merinowolle; der Hals bleibe möglichst frei, Federbetten sind möglichst zu meiden, hohe Kopflage ist ungeeignet. Angemessene Bewegung, auch im Winter, ist nothwendig; das Athmen geschehe durch die Nase. Der ganze Körper werde täglich kalt gewaschen, wobei der Rücken nicht zu vernachlässigen ist. Gute, geregelte Ernährung ist zu beachten — also ist der ganze Körper in Betracht zu ziehen. Tabak in jeder Form ist streng zu untersagen, Alkohole in grösseren Quantitäten gleichfalls, besonders bei Nichtarbeitern. Von Heilmitteln ist Kälte (Eisbeutel, *Leiter*'sche Röhren), Wärme (*Priessnitz*-Umschläge), besonders in den ersten Tagen von Rachen- und Kehlkopfentzündung sehr dienlich, in Aufnahme ist Massiren des Kehlkopfes. Höllenstein ist leicht entbehrlich; für die Nase sind Sozojodolsalze am bewährtesten, besonders das Natrium, unvermischt mit dem Pulverbläser angewendet. Jodol hat gute Wirkung bei Eiterung der Kiefer und Stirnhöhle. Bei Brand-, Aetz- und anderen Wunden ist der Farbstoff Pyoctanin übertroffen vom Methylenblau von 0·3:10. Als Mund- und Gurgelwasser Sol. Natr. chlorat. 3:300 mit Tinct. Jod. 1·5, wovon ½—2stündl. ein Esslöffel aus einem Glase in 3 Theilen zu vergurgeln sind. Zur Reinigung der Mundhöhle dient Acid. thymic. 0·25, Acid. benz. 3·0, Tinct. Eucalypti 15, Spir. vin. 100, Ol. Gaulther. gtt. XXV. Ein Kinderlöffel auf ½ Weinglas Wasser. — Zum Pinseln des Rachens ist Jod. puri 0·5 (oder 0·75, oder 1·0) auf Kal. jod. 0·5 (oder 0·75, oder 1·0) mit Glycerin 25 zu verwenden. Zu Einblasungen in den Kehlkopf Morph. mur. 1·50:30 Amylum oder reine Borsäure, oder solche mit 1·5 Morph. mur. bei Reiz im Kehlkopf. Ebenso Alum. oder aa. mit Amylum, Tannin mit Morph. wie oben, Alaun. Zu kalten Inhalationen Zinc. sulf. 5:250 oder mit Zusatz von 0·5. Warme Inhalationen sind meist zu meiden. — Jodkali und Sulfanilsäure sind

bisweilen zu gebrauchen. Von Hustenmitteln sind Morphin. 0·05 : 15 Aq. amygd. amar. sechsmal täglich 6, 8—10 Tropfen oder Codein 0·02 alle 2—3 Stunden zu rathen, oder Apomorphin. 0·03—0·06, Morph. mur. 0·03, Acid. mur. dil. 0·5, Aq. dest. 150. D. in vitr. caerul. S. 2stündl. 1 Essl. oder in Pillen. Apomorph. 0·225, Morph. mur. 0 075, Mars. liq. 3·0, Mucilag. Gumm. arab. q. s. ut f. pil. 30. S. 4—5mal täglich 1 Pille. Vortrefflich wirken auch Senega, Ipecac., Althaea, Ammon. mur. — Bäder sind besonders als Nachcur der örtlichen Behandlung von Bedeutung. — Von Werkzeugen ist zunächst die Silbersonde zur Aetzung, wie der Stift, zu benützen mit angeschmolzenem Höllenstein. Milchsäure 20 bis 30% ist vorzuziehen. — Der Pulverbläser ist häufig verwendbar, am besten mit Tretgebläse, nicht mit Gummiball am hinteren Ende. Zum Brennen ist *Voltolini's* Tauchbatterie anzuwenden. — Spitze Nasensonden, mit Verbandwatte vorne umwickelt, dient zur Reinigung, zur Chromsäureätzung, zur Anilinfarbstofflösung nach dem Glühen. Nasensägen, Meissel, scharfe Löffel dienen zur Beseitigung von Krümmungen der Nasenscheidewand, zur Auslöffelung von Geschwüren, Stahldrahtschlingen zur Entfernung von Polypen, *Belloc*'sche Röhren zu sonst nicht stillbaren Blutungen; Nasenspritzen aus Hartgummi zur Durchspritzung der Nase. Die Nachbehandlung aller wundmachenden Eingriffe in die Nasenhöhle muss sehr sorgfältig sein. Die wundgemachte Stelle muss mit Anilinfarbstoff getränkt werden; ferner muss ½—1stündlich in die behandelte Nasenseite Lanolinsalbe (Lanol. anhydr. Liebreich) eingebracht werden. Pinsel, die verschiedenen Messer zur Entfernung der Polypen, Mandelmesser, Tonsillotom, sind erforderlich. Von Inhalationsapparaten sind kühle den warm aussprühenden vorzuziehen, elektrische Sonden, *Schrötter's* Zinnbolze und Hartgummiröhren, endlich künstliche Stimmapparate kommen zur Anwendung.

Hausmann, Meran.

72. ***Beitrag zur Behandlung des Trachoms.*** *Von Dr.* ***v. Hippel,*** *Königsberg. Sitzung der ophthalmoskop. Gesellsch. Sept. 1891. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 40.)*

v. Hippel, von dessen Augenkrankeu über 40 Procent an Trachom leiden, warnt vor dem übertriebenen Ausschneiden der Uebergangsfalte, wie er es in Königsberg beobachtet hat. Er empfiehlt vielmehr das von den Gebr. *Keinig* vorgeschlagene Verfahren. Dasselbe besteht in einem Reiben der Schleimhaut mit einem Wattebausch, welcher mit Sublimat (1 : 1000) getränkt ist. Er hat es in mehr als 200 Fällen ausgeführt. Je blutärmer die Schleimhaut ist, und je stärker die Follikel, desto kräftiger muss man reiben. Die Entfernung des Inhaltes der Follikel ist wünschenswerth, aber nicht immer ausführbar. Die Schmerzen sind bei acuten Fällen stark, bei chronischen weniger. Die Empfindlichkeit nimmt bei jeder Reibung mehr ab, und die Reizerscheinungen gehen auffallend rasch zurück, ebenso die bestehenden Cornealaffectionen. Contraindicirt ist das Verfahren, wenn iritische Reizungen sich zeigen. Sobald auf der Conjunctiva keine Follikel mehr bestehen, ist es bei Pannus unwirksam. Die primäre Reaction nach den Reibungen ist verschieden. Bei acutem Trachom treten anfänglich Blutungen, Lidschwellung und Thränensecretion auf, am nächsten

Tage zeigt sich eine Membran, welche sich leicht abziehen lässst, dies wiederholt sich 8—10 Tage. Bei chronischem Trachom ist die Reaction gering, aber die Follikel verschwinden. Die Heilungsdauer schwankt zwischen 10—14 Tagen und vielen Monaten. Je frischer das Trachom ist, desto schneller tritt Heilung ein. Bei späteren Catarrhen empfiehlt sich die Anwendung von Plumbum aceticum. Absolute Sicherheit gegen Recidive bietet die Behandlung nicht, in 15 Procent derselben war der Verlauf ein rascher. Bei leichteren Fällen tritt fast immer Heilung ein und die Conjunctiva schrumpft wenig.

73. ***Ueber eine eigenthümliche Lidrandaffection.*** *Von Dr.* ***Schirmer*** *jun. Versammlung der ophthalmoskop. Gesellsch. zu Heidelberg. 1891.*

Die bisher unbekannte Lidranderkrankung ist als Impfgeschwür aufzufassen. Gewöhnlich ist die Impfung 12 Tage vor Auftreten der Affection vorgenommen worden, so dass die Infection im Blüthestadium erfolgt zu sein scheint. Das klinische Bild der Krankheit ist folgendes: Schmerzen, Oedem von einem Lidwinkel aus; am Lidrand ein stark infiltrirtes Geschwür mit ebensolchen Rändern und grauem Grund, von dem sich weisse Geschwürsmassen ablösen lassen unter leichtem Bluten der Oberfläche. Die Vertiefung ist sehr gering (gegen Syphilis), der Sitz intermarginal und einige Millimeter auf der Lidhaut; daneben findet man Drüsenschwellung und Fieber. Das Geschwür wird über fünfpfennigstückgross, geht aber nur in die Breite. Von ihm gehen secundäre Geschwürchen aus, die nicht so gross werden, aber durch Contact anstecken und daher correspondirende Geschwürchen am anderen Lid erzeugen. In 8—12 Tagen ist der Höhepunkt erreicht. Unter dem zu einem Schorfe abgetrockneten weissen Grund bildet sich neue Epidermis ohne Narbenbildung und mit Cilienerhaltung. Complication: Bösartige Keratitis profunda centralis, diffus oder mit Kreuzen und Strichen versehen oder mit concentrischen, später confluirenden Ringen. Der Sitz derselben sehr tief. Verlauf schlecht. Therapie Jodoform, Verband.

74. ***Zur Behandlung der diphtheritischen Conjunctivitis durch Citronensaft.*** *Von* ***Abadul.*** *(Semaine méd. 1891. — Allg. med. Central-Ztg. 1891.)*

Verf. hat bei diphtheritischer Conjunctivitis durch Aetzungen mit Citronensaft angeblich günstige Resultate erzielt. Das Mittel ist, wie die Beobachtungen gezeigt haben, für die Hornhaut vollkommen unschädlich, und er wendet es daher ziemlich ausgiebig an. Um Erfolge zu erzielen, muss man nach seinen Ermittlungen häufig cauterisiren, alle 5 Stunden, und zwar Tag und Nacht während des Beginnes der Erkrankung, welche ungefähr 3 bis 4 Tage dauert, später kann man die Cauterisation in grösseren Intervallen fortsetzen, etwa alle 12 Stunden und bei fortgeschrittener Heilung in noch weiteren Zwischenräumen. Abgesehen von dem Citronensaft, wird ein anderes Mittel nicht angewandt. Verf. konnte sich davon überzeugen, dass diese Behandlung nicht nur in rein diphtheritischen Bindehautentzündungen Erfolg hat, sondern auch in allen Abarten, den sogenannten diphtheroiden Formen der Conjunctivitis. Zuweilen kommt es vor, dass eine

Conjunctivitis, welche im Anfang alle Charaktere einer eiterigen Entzündung trägt, plötzlich einen Umschlag zeigt, indem sie in Folge von Höllenstein-Cauterisation einen diphtheritischen Charakter annimmt. In derartigen Fällen hat Verf. nach Anwendung des Citronensaftes eine schnelle und durchgreifende Besserung gesehen, während nach Fortsetzung von Höllensteinbeizungen umfangreiche Zerstörungen der Oberfläche der Schleimhaut beobachtet wurden. In denjenigen Fällen, in welchen er gleich im Beginne das Mittel anwandte, heilte die Krankheit aus, ohne die geringsten Läsionen der Cornea zu hinterlassen. Bei denjenigen Patienten, bei denen das Mittel erst angewandt wurde, nachdem sich die Höllensteinbehandlung als wirkungslos erwiesen hatte, konnte vollkommene Heilung erst erzielt werden, nachdem man die bereits gebildeten Cornealgeschwüre mittelst galvanischer Cauterisation beseitigt hatte.

75. ***Harter Schanker des unteren Lides.*** *Von Dr.* ***Purtscher,*** *Augenarzt in Klagenfurt. (Centralbl f. prakt. Augenhk. 1891. November.)*

Eine 18jährige Bauerstochter leidet seit 14 Tagen an Entzündung des rechten Auges. Die beträchtliche Schwellung betrifft nur das Unterlid. Die Secretion ist eine geringe. Bei Betastung von aussen bemerkt man eine sehr bedeutende Derbheit der tiefer liegenden Gewebe des Lides. Entsprechend der Mitte der unteren Uebergangsfalte der Bindehaut ist ein nahezu bohnengrosses, im Centrum 3 Mm. tiefes, missfarbig belegtes Geschwür, mit fast knorpelhaften Rändern und intensiv gerötheter Umgebung wahrnehmbar. Drüsenschwellung in der Ohrgegend. Im ersten Momente dachte der Verf. an eine Verbrennung der Bindehaut durch eine ätzende Substanz, oder an eine umschriebene Diphtheritis. Als jedoch diese Möglichkeiten ausgeschlossen waren, zweifelte er nicht mehr daran, eine syphilitische Initialerkrankung vor sich zu haben. Patientin leugnete indess jeden geschlechtlichen Umgang mit Männern und erwies sich in der That als Virgo intacta. Nun fiel Verf. ein, dass in manchen Gegenden im Volke die Sitte herrscht, kranke Augen auszulecken; er richtete dementsprechend direct die Frage an die Kranke, wer ihr Auge ausgeleckt habe, worauf sich herausstellte, dass die Kranke ihrer eigenen Mutter die Lues zu verdanken hatte. Angeblich war das Auge schon durch 8 Tage vorher leicht geröthet gewesen.

76. ***Ueber Fädchenkeratitis.*** *Von Doc. Dr.* ***Czermak.*** *(Wien. klin. Wochenschr. 1891. 20. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1891. November.)*

Verf. hat Fäden, wie sie dieser Keratitis zukommen und von *Leber, Uhthoff, Fischer* beschrieben wurden, auch bei zufälligen Wunden der Cornea beobachtet und darin eine Stütze für *Leber's* Ansicht, dass es sich um adhärentes, conjunctivales Exsudat handle, gefunden. Er fand weiter, dass gewöhnliche glasige Schleimfäden der Conjunctiva, wenn man sie einer axialen Torsion aussetzt, in Gebilde übergehen, die den Fibrillenspiralen ähneln, dass daher das morphologische Bild spiralig gewundener Fäden mit fibrillärem Baue bei zähen, schleimartigen Exsudatfäden, die Leucocyten enthalten, durch blosse mechanische Einwirkung entstehen können. Da nun diese Fädchen aus einer schleimartigen Masse bestehen, so erklärt die Walkung der adhärirenden Exsudatfäden zwischen

Lid und Bulbus das Zustandekommen des eigenthümlichen Bildes dieser Fäden, das dem eines gewöhnlichen Fibringerinnsels durchaus unähnlich ist. Die spontan auftretende Fädchenkeratitis und die nach Verwundungen beobachteten Fadenbildungen gehören einer Kategorie an, und wäre somit erstere eines besonderen Charakters zu entkleiden.

Dermatologie und Syphilis.

77. ***Ueber die Gonorrhoe beim Weibe und deren Folgen.*** *Von Dr.* **Dohrn.** *Vortrag im Verein f. wissenschaftl. Heilk. zu Königsberg. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892. Heft 1, pag. 124.)*

Dohrn fand unter 1000 Frauen 10·5 Procent tripperkrank, und leugnet den diagnostischen Werth der Gonococcen wegen der Pseudogonococcen und weil es unmöglich ist, alle „Brutstellen" der Gonococcen zu untersuchen. Auch *Dohrn* hält die chronische Gonorrhoe beim Weibe für eine sehr ernste Krankheit, welche in Siechthum übergehen kann, insbesondere deshalb, weil die Behandlung ungeheuer schwierig ist und Recidive sehr häufig sind. Therapeutisch empfiehlt *Dohrn* bei Tubenerkrankung unter Umständen Herausnahme der Tuben, eventuell mit den Ovarien, in chronischen Fällen von Uteringonorrhoe empfiehlt *Dohrn* auf das eindringlichste die Sublimatausspülungen (1 : 1000) nach vorherigem Ausätzen mit 1procentiger Lösung. Interessant ist die Thatsache, dass *Dohrn* bei 70 Fällen die Frauen, in 41 Fällen die Ehemänner gonorrhoisch erkrankt fand. In der Discussion betont *Caspary* die Wichtigkeit der Gonococcenuntersuchung bei der Beurtheilung der Heilung chronischer Gonorrhoe, resp. bei der Erlaubniss zur Eheschliessung; *Pölchen* empfiehlt im Gegensatze zu *Dohrn* die Chlorzinkbehandlung. — Für die Abscesse der *Bartholini*'schen Drüse empfehlen *Dohrn*, *Seisel*, *Kob* die Incision von der Schleimhaut aus, *Pölchen* die von der äusseren Haut aus.

78. ***Hémorrhagie postmictionelle de l'urèthre antérieur.*** *Par* **Janet.** *(La France méd. 1891, pag. 353. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892. Heft 1, pag. 139.)*

Janet unterscheidet zwei Arten von Blutungen aus der Harnröhre. Die erste kennzeicnet sich durch spontanes, geringeres oder stärkeres Ausfliessen von Blut aus der Harnröhre, die zweite tritt unmittelbar im Anschluss an die Harnentleerung auf in Form vereinzelter blutiger Tropfen des letzten Urins. — Letztere Form beobachtete *Janet* am häufigsten bei reichlicher epithelialer Desquamation als Folge langdauernder Ausspülungen der Urethra mit Kal. hypermang. (1 : 2000 bis 11.750). Zum Unterschiede von den Blutungen der Blase, welche nur eintreten, wenn die Blase leer oder fast leer ist, also gegen das Ende der Urinentleerung, tritt die Blutung der Urethra anterior jedesmal auf, sobald der Patient die Urinentleerung unterbricht und in Folge dessen die durch die Spannung der Urethralwände während der Miction hervorgerufene Hämostase aufhört. — *Janet* empfiehlt demgemäss, in derartigen Fällen dem Patienten die Urinentleerung öfters unterbrechen und ihn nur jedesmal geringe Mengen Urin entleeren zu lassen.

79. ***Die nervösen Complicationen des Trippers.*** *Von Dr.* ***Paul Raymond.*** *(Gaz. des hôp. 1891. 103. — Schmidt's Jahrb. 1891. 11.)*

1. Die Tripperischias tritt am häufigsten in der zweiten Woche auf; sie beginnt plötzlich oft in der Nacht, erreicht rasch ihre grösste Stärke und nimmt dann ab. Die Schmerzen beginnen in der Hüfte und gehen gewöhnlich nur bis zur Kniekehle, sie dauern fast nie länger als 1—2 Wochen. 2. Die Trippermeningitis und die Trippermyelitis. Gegenüber den früheren Beobachtungen, die nicht beweisend zu sein scheinen, hat nach Verf. *Dufour* einen Sectionsbericht beigebracht. Es handelte sich um einen 18jährigen Jüngling. Im Januar 1889 Tripper. Im März d. J. heftige Rückenschmerzen mit Kribbeln und Schwäche in den Beinen. In 14 Tagen bildete sich Paraplegie aus mit Lähmung der Blase und des Darms, mit Steigerung der Sehnenreflexe und Anästhesie, raschem Muskelschwunde und Decubitus. Im Juli starb der Kranke unter bulbären Erscheinungen. Man fand Erweichung des Markes, besonders im Halstheile, und entzündliche Veränderungen der Meninx pia. Die mikroskopische Untersuchung soll ungenügend gewesen, die bacteriologische nicht ausgeführt worden sein. An eine Reflexparaplegie möchte Verf. nicht glauben. Es handle sich wohl um eine directe Infection des Markes. 3. Der blennorrhoische Muskelschwund. Ausser dem bekannten Bilde der periarthritischen Muskelatrophie gibt es einen verbreiteten Muskelschwund bei Tripperkranken, den Verf. nicht auf die Gelenkerkrankung allein beziehen möchte. 4. Blennorrhoische Erkrankungen der Sinnesorgane. Verf. citirt von neuen Beobachtungen einen Fall von *Panas* und einen zweiten von *Fischl.* Im ersten handelt es sich um eine unter Kopfschmerzen eingetretene Neuro-Retinitis, die *Panas* auf eine basale Meningitis bezieht. Im zweiten Falle um eine nervöse Taubheit. Dort hatte verbreitete Arthritis, hier Epididymitis bestanden. 5. Blennorrhoische Gehirnerscheinungen. Verf. möchte die Symptome, die man früher auf „cerebralen Rheumatismus" bezogen hatte, durch eine Meningitis erklären. Die von Anderen beschriebenen Tripperneurosen erkennt Verf. nicht an. Es handelt sich entweder um Nachwirkungen der örtlichen Veränderungen oder um psychische Zustände, da ja der Tripper, wie jede sexuelle Erkrankung, mächtig auf die Psyche wirken kann, ohne doch etwas Specifisches zu bewirken. Schliesslich erwähnt Verf., dass möglicherweise die bei Tripper vorkommenden Hauterkrankungen mit nervösen Veränderungen zusammenhängen (Erythema nervosum).

80. ***Zur Contagiosität der Lepra.*** *Von* ***A. v. Bergmann.*** *(Volkmann's klin. Vortr. Nr. 33.)*

An der Ostgrenze des deutschen Reiches, der russischen Ostseeprovinz Livland, ist die fast vergessene Seuche des Mittelalters, die Lepra, neuerdings wieder zu grösserer Verbreitung und localer Ausdehnung gekommen. Das Wiederauftreten einer, wie es schien ganz erloschenen Krankheit ist an sich schon von hohem medicinischen Interesse, die Nähe der Infectionsherde an unseren Grenzen um so beachtenswerther, als der Verkehr des von der Seuche befallenen Gebietes mit der Aussenwelt ein sehr lebhafter und durch kein Gesetz eingeschränkter ist. Die langjährigen Studien

des Verf. lassen ihn zwei Formen der Lepra unterscheiden, die langsam verlaufende über 20 und mehr Jahre sich erstreckende Lepra nervosum, und die in 4—8—12 Jahren dem Tode zuführende Lepra tuberculosa. Eine weitere Folge dieser Studien des Verf. in dem von ihm geleiteten Leprosenhause zu Riga ist die Umwandlung des früheren Gegners der Uebertragbarkeit der Lepra in das stricte Gegentheil; Aufgabe dieser Arbeit ist es nun, zu zeigen, wie er zu dieser seiner heutigen Ueberzeugung von der Contagiosität der Lepra gekommen sei. Das grösste Hinderniss für eine allgemeine Verständigung über die Contagiosität der Lepra bietet die Frage der Incubationsdauer; diese ist ungemein lange, meist verstreichen 4—5 Jahre zwischen der Berührung mit dem Leprosen und dem Ausbruche der Krankheit. Von den 108 vom Verf. angeführten Kranken lässt sich nur bei 44 Fällen die Contagion nicht direct nachweisen. In etwa 60 Procent aller bekannten Fälle ist der Nachweis der Contagiosität gelungen. Das Detail der Studien, welche Verf. in seiner vorliegenden kurzen Arbeit niedergelegt hat, mag im Originale nachgesehen werden.

v. Buschman.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

81. ***Ueber Darmverschluss in Folge Anwesenheit des Diverticulum Meckelii in der Bauchhöhle.*** Von **Hipolit Oderfeld.** *(Pest. med.-chir. Presse. 1891. 49.)*

An einem im Warschauer Spitale operirten Fall von acuter Darmocclusion anschliessend, bespricht *Oderfeld* die durch die Anwesenheit des *Meckel*'schen Divertikels in der Peritonealhöhle hervorgerufene Darmocclusion. Der 33jährige Mann bot ein typisches Bild von Darmincarceration; in Folge Anwachsens des peripheren Endes des Divertikels an das Mesenterium entstand eine Spalte, durch die eine Darmschlinge leicht durchschlüpfen konnte. Erst die Darmaufblähung war die Ursache, dass die Schlinge comprimirt und in der gegebenen Lage festgehalten wurde. Laparotomie, Befreiung der incarcerirten Schlinge durch Lostrennung des angewachsenen Endes, worauf, um einer Recidive vorzubeugen, das Diverticulum ringförmig an seiner Basis abgeschnitten wurde. Genesung. *Oderfeld* erörtert ferner den Mechanismus, die pathologischen Verhältnisse und die verschiedenen Entstehungsarten derartiger Darmeinklemmungen, die zu den Seltenheiten zu zählen sind. *Przewoski* in Warschau, der mehrere Tausend Sectionen ausführte, kann sich kaum auf einige derartige Fälle erinnern. Die Diagnose des Darmverschlusses durch das *Meckel*'sche Divertikel reducirt sich auf die Diagnose der Darmocclusion im Allgemeinen. Es ist bis nun kein einziger Fall notirt, wo die Diagnose während des Lebens, resp. vor der Laparotomie gemacht worden wäre, da solche Charakteristica, wie plötzlicher Anfang, schneller Verlauf, heftige Reaction seitens des ganzen Organismus etc., das gemeinschaftliche Zeichen vieler Darmverschlussformen sind. Der Verlauf ist ein fulminanter und, sich selbst überlassen, gewöhnlich ein tödtlicher. Zwei Umstände

besitzen eine gewisse diagnostische Bedeutung: 1. Wird bei einem mit Darmocclusion behafteten Kranken noch ein anderer Entwicklungsfehler, wie Labium leporinum, vorgefunden, so kann auf die Coexistenz eines *Meckel*'schen Divertikels geschlossen werden; 2. genaue Anamnese aus den Kindesjahren; erzählt der Kranke, dass er in der Kindheit eine Nabelfistel gehabt hatte, dass aus derselben eine dem Darminhalte ähnliche Flüssigkeit heraussickerte, dass sich die Fistel manchmal von selbst schloss, so ist das Vorhandensein des *Meckel*'schen Divertikels fast sicher, da jene Fistel nichts anderes, als ein nicht obliterirter Ductus omphalo-mesentericus, d. i. ein *Meckel*'scher Divertikel war. Frühzeitige Laparotomie und Excision des ganzen Divertikels ist angezeigt.

Hertzka, Carlsbad.

82. ***Durch einen Thrombus hervorgerufene, gänzliche Verstopfung der linken Carotis.*** *Von Prof.* ***Friedrich Korányi****. Krankenvorstellung in der Gesellsch. der Aerzte zu Budapest. (Pest. med.-chir. Presse. 1891. 48.)*

Die 51jährige, gut entwickelte Kranke wurde während ihrer Beschäftigung am 30. October von einem apoplectischen mit Bewusstlosigkeit einhergehenden Anfalle überrascht, aus dem sie mit einer rechtsseitigen Hemiplegie und vollkommener Aphasie erwachte. Bei der klinischen Untersuchung, die am 10. November erfolgte, fiel der ausserordentlich kleine Puls der beiden Radiales auf. Eben so schwach war der Puls der rechtsseitigen Carotis. Die linke Carotis hingegen war als ziemlich consistenter Strang zu fühlen, und konnte man selbst bei gespannter Aufmerksamkeit keine Spur einer Pulsation in derselben entdecken. Die Verhältnisse über dem Herzen waren normal, nicht so über der Aorta; hier war ein deutliches systolisches Geräusch hörbar, auch ergab die Percussion über dem Manubrium des Sternums einen ziemlich gedämpften Percussionsschall. Aus alledem ist ein Aneurysma des Aortenbogens anzunehmen. Was nun den Pulsmangel der linken Carotis betrifft, erklärt eine Endoarteritis oder eine Verengerung des betreffenden Arterienlumens in Folge des Aneurysmas die gänzliche Sistirung des Pulses nicht. Diese lässt sich nur durch einen Thrombus oder Embolus erklären. Der Umstand, dass Assistent Dr. *Terray* einen Tag früher noch im Stande war, in der linken Carotis einen schwachen Puls zu fühlen, spricht für die Annahme eines Thrombus, was auch der Verlauf des Falles bestätigt. Es stellte sich nämlich in der linken Carotis schon nach drei Tagen eine rhythmische Pulsation wieder ein. Der ganze Process gestaltete sich also folgendermassen: Die Wandung sowohl der Aorta wie der Carotis ist in hohem Grade von Endoarteritis befallen, an der Wand der Carotis bildete sich ein Thrombus, der im Wachsen das Lumen der Carotis vollständig verschloss; mit der Canalisirung des Thrombus aber wurde das Lumen der Carotis wieder frei.

83. ***Ueber rückläufigen Transport.*** *Von Prof.* ***Arnold****. (Virchow's Arch. Bd. CXXIV. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 49.)*

Die noch immer unaufgeklärte Thatsache, dass sich zuweilen Geschwulst- und Bacterienmetastasen im Körper dem Blutstrom, und zwar besonders dem Strom in den Venen entgegen etabliren, veranlasste *Arnold* zu einer Reihe von Experimenten über diesen

Gegenstand. Den unmittelbaren Anstoss hierzu gaben zwei Sectionsbefunde. Der erste, wohl ein Unicum, war ein Mammacarcinom mit Drüseninfiltration und einziger Metastase im Sinus longitudinalis der Dura mater. Der zweite betraf eine Thrombose des Plexus pampiniformis mit Embolie in die Vena hepatica. Früher hatte man schon Versuche mit Quecksilber gemacht, denen aber der Zweifel entgegenstand, dass die Quecksilbertröpfchen der Schwere nach in die Venen geglitten seien. Um dies zu vermeiden, benutzte *Arnold* eine Aufschwemmung von Weizengries in physiologischer Kochsalzlösung oder Gummischleim. Die Körner quollen etwas auf, so dass viele die Lungencapillaren nicht passiren konnten und sie auch eine gewisse Klebrigkeit annahmen. Sie liessen sich überall in den Geweben leicht nachweisen oder auch durch Jodreaction deutlich machen. *Arnold* fand nun, dass in allen Fällen ein rückläufiger Transport stattfand, dass dieser aber an Intensität zunahm, wenn die Athmung unregelmässig wurde, besonders wenn die Experimente bis zur Tödtung des Thieres fortgesetzt wurden, wodurch grosse Druckschwankungen im Kreislauf entstanden. Der Transport in die feineren Verzweigungen der Venen fand entweder auf einmal statt, oder die Körner blieben an der Wand der Gefässe hängen und wurden mit der nächsten rückläufigen Welle weiter transportirt. Auch in den Lymphbahnen glaubt *Arnold*, gestützt auf eigene Untersuchungen und auf die grundlegende Arbeit von *Recklinghausen's*, einen rückläufigen Transport annehmen zu können. *Arnold* nimmt mit Recht an, dass, wenn bei Sectionen diese Verhältnisse mehr berücksichtigt würden, als es bis jetzt geschehen ist, sich gewiss zahlreichere Bestätigungen seiner Experimente finden würden.

84. ***Ueber Knochenveränderungen bei chronischen Lungen- und Herzkrankheiten.*** *Von Dr. **E. Bamberger.** Aus der med. Klinik des Herrn Prof. Nothnagel in Wien. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XVIII, Heft 3 u. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 49.)*

Verf. hat bei einer Anzahl von chronischen Lungenerkrankungen, besonders Bronchiectasien, sowie chronischen Herzkrankheiten neben der hierbei so häufig auftretenden Verdickung der Endphalangen der Finger auch eine Veränderung der langen Röhrenknochen, besonders der distalen Theile der Unterschenkel- und Vorderarmknochen bei gleichzeitiger Betheiligung der Hände und Füsse beobachtet, die sich als eine Periostitis ossificans kennzeichnet und bei länger dauernden Fällen zu Verdickung und Verdichtung der Rinde führt. Es bestehen dabei spontane sowohl wie Druckschmerzen, aber keine Veränderungen an den Weichtheilen, wodurch allein schon eine Unterscheidung von der Acromegalie gegeben ist. Verf. bringt das Auftreten dieser Knochenaffectionen in Zusammenhang mit den betreffenden Lungen- und Herzerkrankungen, indem er in Bezug auf die ersteren, namentlich die Bronchiectasien, die Annahme sehr naheliegend hinstellt, dass sich in dem putriden Secrete Stoffe bilden, welche, in den Kreislauf aufgenommen, auf die knochenbildenden Gewebe als Reiz wirken, wofür er die Wirkung des Phosphors als Analogon ansieht. Experimentelle Versuche mit Einimpfung bronchiectatischer Secrete ergeben zwar negative Resultate, doch hält Verf. die gegebene Erklärung für

das Auftreten der Trommelschlägelfinger bei Lungenkranken für plausibler, als die Annahme einer Stauung, welche nur für die betreffenden Veränderungen der Finger bei Herzkrankheiten Geltung hat. Auch die Affection der grossen Röhrenknochen bei diesen könnte hierauf bezogen werden, da vermehrte Blutfülle fördernd auf das Knochenwachsthum einwirken kann; andererseits aber sind die meisten Herzkrankheiten von Stauungscatarrhen der Lunge begleitet, so dass auch hier die Aufnahme differenter Stoffe aus den Secreten und Einwirkung auf das Periost möglich wäre, obwohl Verf. hierfür keine einschlägige Beobachtung gemacht hat. Wahrscheinlich aber sind verschiedene Ursachen bei einem und demselben Individuum massgebend; nur bei angeborenen Herzfehlern bringt er die Trommelschlägelfinger allein mit der hochgradigen Cyanose in Verbindung.

85. ***Eine seltene Monstrosität der Finger und Zehen und deren Vererbung.*** *Von Dr.* **Heinrich Halász,** *Assistent in Budapest. (Gyógyászat. 1891. 37. — Pest. med.-chir. Presse. 1891. 48.)*

Selten sind die Fälle, wo gewisse Difformitäten der Eltern auf sämmtliche Kinder übertragen werden. Einen solchen Fall theilt *Halász* mit: 45jähriger Knecht. Die linke Hand desselben zeigt bei genauerer Prüfung, dass sich zwischen Zeige- und Mittelfinger in normaler Entfernung ein zweiter Zeigefinger sich befindet. An der rechten Hand stösst man auf zwei Daumen, deren Verbindung mit den Handwurzelknochen, Entwickeltheit, sowie Distanz von den übrigen Fingern eine normale ist. An den Füssen ist die 2. Zehe in doppelter Zahl vorhanden; Verbindung, Entwickeltheit und Distanz auch hier normal. Der Betreffende vermag sämmtliche Finger gut zu gebrauchen. Bei seinem Vater waren dieselben Difformitäten vorhanden, bei seinen Geschwistern jedoch nicht. Auch die Geschwister seines Vaters boten keine Abnormitäten; die Mutter seines Vaters jedoch war mehrfingerig. Sämmtliche fünf Kinder erbten die Difformität des Vaters, mit dem Unterschiede, dass bei zwei Kindern nicht die zweite Zehe, sondern die dritte doppelt ausgebildet ist. Bei den anderen drei Kindern ist der Mittelfinger der linken Hand verdoppelt.

86. ***Studien über Magenkrebs.*** *Von* **Mouisset.** *(Revue de méd. 1891. October. — Allg. med. Central-Ztg. 1891. 99.)*

Bekanntlich sind Fälle von latentem Magenkrebs recht häufig, ihre Diagnose sehr schwer; besonders hat er Krankheiten, wie Cirrhose mit Ascites, Morbus Brightii mit Anasarca, Tuberculose, chronische Bronchitis, Herzaffection, chronischen Magencatarrh, Magengeschwüre, besonders aber progressive perniciöse Anämie, zur Folge. Als diagnostisches Merkmal hat man bekanntlich das Fehlen von Salzsäure im Magensafte bei Krebskranken zu verwerthen gesucht; unter Anderen hat indessen *Lépine* nachzuweisen gewusst, dass dieses Merkmal keineswegs constant ist. Es existirt nun ein charakteristisches Symptom von latentem Magenkrebs, nämlich die auffallende Verminderung der rothen Blutkörperchen, auf welches *Lépine* und seine Schüler bereits mehrfach aufmerksam gemacht haben. Dieselben sind so stark vermindert, wie bei perniciöser Anämie. Auch *Mouisset* hat Beobachtungen von mehr oder weniger latentem Magenkrebs gemacht, in welchem der Inhalt des Blutes

an rothen Blutkörperchen erheblich vermindert war. In Fällen, in welchen gleichzeitig mit der Krebsaffection auch Tuberculose einherging, ein Zusammentreffen, welches keineswegs so selten zu sein scheint, wie man bisher angenommen hat, habe man an eine primäre Entstehung des Krebses, an eine secundäre Tuberculose zu denken. Was die Pathogenese der letzteren in diesem Falle anlangt, so hat man sich dieselbe so zu denken, dass das Carcinom Störung der Magenthätigkeit setzt und durch die damit verbundene Inanition der Ausbruch der Tuberculose wesentlich begünstigt wird. So wirkt das Carcinom ähnlich, wie das runde Magengeschwür und chronischer Magencatarrh, die auch zuweilen sich mit Tuberculose compliciren.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

87. ***Einfluss des Sonnenlichtes auf Mikroparasiten.*** *Von **R. Koch.** Vortrag auf dem X. internationalen medicinischen Congresse. (S. Saverio, Annali dell' istit. d'igiene di Roma. 1890. II. — Janowski, Centralblbl. f. Bacteriol. VIII. 1890. — Deutsch. Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1891. Supplement zu Bd. XXIII.)*

Die Forschung der letzten Jahre hatte ergeben, dass das Sonnenlicht das Leben einer Reihe von Mikroparasiten, auch pathogener Arten, zu vernichten im Stande sei. Jetzt meldet *R. Koch* die sehr wichtige Beobachtung, dass auch Tuberkelbacillen durch das Licht getödtet werden. Die Zeit, in welcher dies geschieht, schwankt nach ihm von wenigen Minuten bis zu einigen Stunden, je nach der Dicke der Schicht, in welcher man die betreffenden Mikroparasiten exponirt. Besonders bemerkenswerth ist es, dass auch das diffuse Sonnenlicht, wenn schon langsamer, dieselbe Wirkung auf Tuberkelbacillen ausübt. Culturen, welche *Koch* nahe am Fenster aufstellte, waren binnen 5—7 Tagen abgestorben. *Santori Saverio* prüfte die Frage, welchen Einfluss die Temperatur auf die bacterientödtende Wirkung des Sonnenlichtes (und elektrischen Lichtes) ausübt, am Bacillus *Eberth's*, am Staphylococcus pyogenes aureus, am Bacillus cholerae asiaticae, am Bacillus anthracis. Zu dem Zwecke exponirte er die Reagenzgläser mit den Gelatineculturen jener Mikroben 2 bis 47 Stunden und bestimmte die Temperatur im Innern der Reagenzgläser. Es ergab sich, dass die bacterientödtende Wirkung des Sonnenlichtes sich mit grosser Energie auch dann geltend macht, wenn es nicht von hoher Temperatur begleitet ist, dass sie übrigens bei höherer Temperatur schneller hervortritt, dass die violetten und rothen Strahlen die Mikroben nicht tödten, dass die letzteren im Zustande der Trocknung dem Sonnenlichte länger widerstehen als in feuchten Medien, und dass das elektrische Licht viel schwächer auf Bacterien wirkt als Sonnenlicht. Letzteres tödtet Milzbrandbacillen nicht wesentlich rascher als Milzbrandsporen, und scheint nach gewisser Zeit der Einwirkung die Virulenz abzuschwächen. *Janowski* sah, dass in einer mit Typhusbacillen geimpften Bouillon die Entwicklung jener Mikroben ganz ausblieb, wenn er die Probegläschen nur 6 Stunden dem hellen Sonnenlichte aussetzte, und dass im diffusen

Lichte die Entwicklung entschieden verlangsamt wurde. Nach Ausschaltung der chemischen Strahlen konnte ein Einfluss des Lichtes nicht mehr constatirt werden.

88. ***Psychische Störungen nach Wiederbelebung eines Erhängten.*** *Von Prof.* ***Wagner****, Graz. (Wien. klin. Wochenschr. 1891. 53.)*

Anlässlich eines beim Grazer Landesgerichte zur Untersuchung gekommenen Falles erinnert Verf. an seine frühere Mittheilung über den Gegenstand im VIII. Bd. des Jahrb. f. Psychiatrie. Wenn ein Erhängter abgeschnitten und wieder zum Leben gebracht wird, macht sich vor Wiederkehr des Bewusstseins eine auffallende Erscheinung bemerkbar: es treten nämlich allgemeine Convulsionen ein. Diese Convulsionen zeigen sich nie unmittelbar nach der Abnahme der Kranken, sondern erst einige Zeit darnach, die von wenigen Minuten bis zu einigen Stunden variiren kann. Es scheinen diese Convulsionen zeitlich mit Aenderungen in der Respiration zusammenzufallen. Die Dauer der Krämpfe kann von wenigen Minuten bis zu mehreren Stunden betragen. Die Convulsionen werden meist als epileptiforme bezeichnet, seltener haben sie tetanischen Charakter; noch seltener schliessen sich an die Krämpfe zwangsweise Gehbewegungen, manchmal als Manègebewegungen an. Nach der Beendigung der Convulsionen erfolgt meist bald die Wiederkehr des Bewusstseins. Jetzt lässt sich eine weitere Erscheinung constatiren, nämlich das Vorhandensein einer Lücke in der Erinnerung. Diese Lücke schliesst zunächst, wie selbstverständlich, die Zeit ein, während welcher der Kranke bewusstlos war. Ferner fehlt aber dem Kranken häufig auch die Erinnerung für den ausgeführten Selbstmordversuch vollständig. Die Lücke in der Erinnerung erstreckt sich aber in vielen Fällen noch mehr oder weniger weit auf die Zeit vor dem Selbstmordversuche. Es wird durch die Strangulation eine Amnesie retroactive geschaffen, wie die Franzosen sagen. So fehlte z. B. einem Kranken *König's*, der sich eines Morgens in Bonn aufgehängt hatte, die Erinnerung von dem Momente an, wo er am Tage zuvor Mittags von Köln abgereist war. Manchmal ist diese Amnesie keine dauernde, es kehrt nach und nach die Erinnerung an das Vorgefallene mehr oder weniger vollständig wieder. Es kommen ferner auch eigentliche psychopathische Zustände als Folgen der Strangulation vor, und zwar in zweierlei Form. In vielen Fällen handelt es sich um Aufregungszustände mit einem gewissen Grade von Verworrenheit und sind diese Störungen ganz transitorischer Natur. In anderen, allerdings viel selteneren Fällen kommt es nach der Strangulation zu einer ausgebildeten Psychose von längerer Dauer. Diese Geistesstörungen stehen in einer gewissen Beziehung zu den früher beschriebenen retroactiven Amnesien, sind gewissermassen nur eine Steigerung derselben. Es sind schwere, destructive, den vor der Erkrankung erworbenen Erfahrungsschatz in grösserer Ausdehnung angreifende Amnesien, in denen die Kranken das Bild des Blödsinns, einer Dementia acuta, darbieten. Es sind aber, so weit beobachtet, nur temporäre Amnesien, also heilbare Erkrankungen, indem nach Verlauf von einigen Wochen oder Monaten die Kranken entweder plötzlich oder allmälig wieder genesen. Endlich beobachtet

man auch manchmal das Umgekehrte: dass eine bestehende Geistesstörung durch einen Erhängungsversuch in günstigem Sinne beeinflusst wird, so dass es zu einer Besserung, ja Heilung der früher vorhandenen Psychose kommen kann, die manchmal vorübergehend, in anderen Fällen aber eine dauernde ist. Die interessanteste Erscheinung unter den nach Strangulation beobachteten Störungen ist zweifellos, wenigstens vom Standpunkte der Hirnpathologie, die Amnesie. Es ergibt sich die Frage, von welchem der beiden Factoren, die bei der Strangulation zusammenwirken, ist die Amnesie abhängig, vom Carotidenverschluss oder von der Asphyxie? Es haben diese transitorischen asphyctischen Amnesien grosse Aehnlichkeit mit den ganz analogen, welche bei zwei anderen schweren Eingriffen in das Gehirnleben auftreten: bei der Gehirnerschütterung und beim epileptischen Anfalle, und weist dieser Umstand auf einen gemeinsamen, diesen drei Zuständen zukommenden Factor hin, eine Kreislaufsstörung. Von Interesse ist endlich auch das Auftreten von Erinnerungsverfälschungen *(Kraepelin)*. Die vorhandene Lücke in der Erinnerung wird ausgefüllt durch Erzählungen und Angaben, die theilweise ganz frei erfunden sind, theilweise eine Combination und falsche zeitliche Localisation wirklicher Erinnerungsthatsachen darstellen. Diese Erinnerungsverfälschungen könnten leicht beim Laien, eventuell auch beim Richter den Schein bewusster Unwahrheiten hervorbringen, während sie es thatsächlich nicht sind. Es kommen solche Erinnerungsverfälschungen auch bei anderen Amnesien vor, so vor Allem bei der progressiven Paralyse und senilen Demenz, auch bei den selteneren, der acuten Demenz zugehörigen Formen, wie sie z. B. nach fieberhaften Erkrankungen auftreten, während sie bei anderen Formen, z. B. bei der epileptischen Amnesie, zu fehlen scheinen.

89. ***Beiträge zur Aetiologie der Trichinose.*** *Von Prof.* **Genersich**, *Klausenburg. (Orv. term.-tud. Értesítö. 1891. Heft 3.)*

Sehr interessante und äusserst lehrreiche Untersuchungen, welche *Genersich* bezugs der chemischen Reaction des Darminhaltes bei Vögeln, beim Menschen, Mäusen, Schweinen, Ratten und anderen Säugethieren (circa 250 Thieren) angestellt hat, bestätigen seine in einer früheren Abhandlung ausgesprochene Ansicht, dass die chemische Reaction des Dünndarminhaltes bei diesen Thieren nach der Species sehr verschieden ist und mit derselben auch die Empfänglichkeit derselben zur künstlichen Trichinose zusammenhängt. Der Inhalt des Vogeldarmes reagirt selbst im Hungerzustande durchwegs sauer, nur ausnahmsweise wurde beim Huhn im Cöcum, bei Tauben im untersten Theile des Ileums alkalischer Inhalt angetroffen. Beim Hunde ist der Darminhalt ebenfalls durchwegs sauer. Hingegen ist derselbe beim Kaninchen durchwegs alkalisch, und während jene Thiere ganz beliebige Massen trichinösen Fleisches ohne erhebliche Erkrankung verzehren können, sterben diese nach Aufnahme sehr geringer Quantitäten inficirten Fleisches an Darm- oder Muskeltrichinose. Beim Menschen, bei Mäusen, Schweinen und Ratten ist die Reaction des Darminhaltes graduell verschieden, und zwar erstens nach der Species. Bei Mäusen reagirt der Darminhalt vorherrschend, jedoch nicht immer alkalisch, so auch beim Menschen; — hingegen ist beim Schwein der

Inhalt des Duodenums und Jejunums zumeist sauer, der des Ileums gewöhnlich alkalisch, und war im unteren Theile des Ileums nie sauer, — Cöcum und Dickdarm waren meistens sauer; bei Ratten war das Duodenum und Jejunum gewöhnlich sauer, Ileum und Cöcum 3- bis 4mal häufiger alkalisch als sauer. Hiermit wird wohl jene allbekannte Thatsache erklärlich, dass Schweine und Ratten die Trichinose leichter überstehen, als Menschen, nichtsdestoweniger aber vorzüglich bei wiederholter Infection auch sehr grosse Massen von Trichinen in ihre Muskeln aufnehmen können. Individuelle Unterschiede in der Reaction des Darminhaltes dieser Thiere hängen vorzüglich davon ab, ob der Darm im Verdauungszustande oder leer angetroffen wird. Der mit normalem Chymus stark angefüllte Darm ist nämlich bei den meisten Thieren, selbst auch beim Menschen, wenigstens im Duodenum und Jejunum, theilweise auch weiter hinab sauer, hingegen findet man im Hungerzustande selbst bei Ratten fast constant alkalischen Inhalt. Es wäre zu versuchen, ob diese Hypothese, nach welcher die Acidität des Darminhaltes mit der Neigung zur Erkrankung an Trichinose im umgekehrten Verhältniss steht, sich praktisch verwerthen liesse. Gibt es ja bis heute gegen Trichinose kein anderes rationelles Mittel, als die Diarrhoica. Verf. schlägt vor, die Acidität des Dünndarminhaltes durch reichliche und häufige Aufnahme geeigneter Nahrungsmittel möglichst zu steigern, und dadurch die Entfernung und Entleerung der Darmtrichinen zu beschleunigen. Ferner berichtet *Genersich* über den Erfolg seiner Nachsuche auf Trichinose bei Ratten; er fand, dass unter 183 Ratten 10 Stück mehr oder weniger Muskeltrichinen besassen und bei zweien fand er auch Darmtrichinen. Diese Rattentrichinose ist in Klausenburg auf zwei Hausendemien beschränkt. Nur in zwei Mühlen wurden trichinöse Thiere angetroffen, in der einen circa 24 Procent, in der anderen 21 Procent, hingegen waren alle anderen von Privaten, Mühlen und Fabriken eingekommenen Ratten ausnahmslos frei von Trichinen. Hierdurch ist es sichergestellt, dass auch in Klausenburg in den Ratten Trichinen vorkommen und nachdem weder hier, noch sonst wo in Ungarn je ein trichinöses Schwein angetroffen wurde, erscheint die *Leukart*'sche Lehre, dass eben die Ratte der eigentliche, regelmässige Wirth der Trichina spiralis sei, von welcher sich das Schwein und durch dieses der Mensch nur zufällig inficiren, ausser Zweifel festgestellt. *Hertzka*, Carlsbad.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

90. *Zur Pathologie und Therapie des Eczems.*

Von Prof. ***Neisser*** *(Referent) und Dr.* ***Veiel*** *(Correferent).*

Referat, erstattet am Congress der dermatologischen Gesellschaft in Leipzig, 1891.
(München. med. Wochenschr. 1891. 44.)

Die Auffassung des Eczems als eines einheitlichen Krankheitsbegriffes hat mit manchen Schwierigkeiten zu kämpfen. Theils wird nur die Form der im Einzelfalle vorliegenden Erkrankung

berücksichtigt, theils verlangt man bestimmte charakteristische Bilder im klinichen Sinne; dazu kommt die wechselnde und mannigfaltige Aetiologie und der Ueberfluss an theoretischen Erklärungsversuchen. Klinisch und anatomisch stimmt aber auch heute noch die im alten *Hebra*'schen Lehrbuche gegebene Schilderung des pathologischen Vorganges beim Eczem. Dazu kommen nach neueren Forschungen *(Leloir)* Alterationen des Epithels, Höhlenbildungen um die Kerne der Epithelzellen. Das Rete Malpighii ist in eigenartiger Weise destruirt. Die Verhornung geht nicht in normaler Weise vor sich. Schwierig erscheint es, die Frage zu lösen, in welcher Weise die schädliche Noxe einerseits die Veränderungen im Rete und andererseits die Veränderungen im Darme hervorruft. Bei Eczemen aus äusserer Ursache, wenn das Epithel primär betheiligt ist, ist eine Erklärung leicht zu geben, schwierig aber erscheint dies bei den Eczemen, welche aus inneren Ursachen, auf constitutioneller Basis entstanden sind. Als ein wichtiges Moment für die Beurtheilung der Eczempathologie ist das Symptom des Juckreizes zu betrachten, und es wird sich dabei wesentlich um die Frage handeln, ob wir denselben als eine Folge des Entzündungsvorganges oder als Zeichen einer primären Erkrankung der Nerven endigungen auffassen sollen. Auch die ätiologische Frage ist vielfach dunkel. Die verschiedenen klinischen Bilder lassen bereits eine verschiedenartige Aetiologie vermuthen. Gewiss kommt der Prädisposition eine grosse Rolle zu. Man hat, und insbesondere ist dies von Seiten der Franzosen geschehen, gewisse constitutionelle Anomalien, Dyscrasien oder sogenannte Diathesen für die Entstehung der Eczeme verantwortlich gemacht; diese Diathesenlehre ist indess ganz gewiss unhaltbar. Nach *Hebra* ist die primäre Ursache des Eczems wesentlich in äusseren Momenten zu suchen. Als solche wirken mechanische, chemische und parasitäre Reize. Aber auch secundäre Einflüsse machen sich geltend, vor Allem der oft so heftige Juckreiz und das dadurch bedingte Kratzen. Weiterhin kommen für die Aetiologie in Betracht im Organismus vorhandene Intoxicationen, lymphatischer Habitus, nervöse Einflüsse bei den sogenannten reflectorischen Eczemen. Den Einfluss constitutioneller Anomalien auf das Eczem hat denn auch *Hebra* in keiner Weise geleugnet, doch genügen unsere Kenntnisse nicht, eine Eintheilung der Eczeme nach einem constitutionellen Schema (etwa im Sinne *Brooke's*, welcher arthritische, nervöse Eczeme u. s. w. aufstellt) durchzuführen. In jüngster Zeit hat die Kenntniss von der Bedeutung, welche den Mikroorganismen für die Entstehung so vieler Erkrankungen zukömmt, auch in der Eczemfrage zu einer extremen Auffassung geführt. *Unna* erklärt, dass jedes Eczem durch Mikroorganismen hervorgerufen sei. Er leugnet jedes acute Eczem, es gibt für ihn nur chronische Eczeme mit acuten Recidiven. Alle Eczeme müssen parasitär sein, weil der Haupttypus, das seborrhoische Eczem, parasitär sei. Ein chronisches Eczem könne nur bedingt sein durch chronische Ursachen, diese können nur Parasiten sein, eine Schlussfolgerung *Unna's*, welche noch weiteren Beweises bedarf. Man braucht gewiss nicht die Rolle der Mikroorganismen in der Eczem-Aetiologie völlig zu leugnen, aber gegen die generalisirte parasitäre Aetiologie im *Unna*'schen Sinne glaubt Redner mit

Besnier u. v. A. bestimmte Stellung nehmen zu müssen. Auch gegen die von *Unna* gegebene klinische Darstellung des seborrhoischen Eczems erhebt er Einspruch. Ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Seborrhoe und Eczem besteht nicht. Dagegen dürfte wohl das von *Unna* sogenannte zweite Stadium des seborrhoischen Eczems, eine eigenthümliche psoriatiforme Erkrankung, als eigenartiger Krankheitstypus wahrscheinlich parasitärer Natur anzuerkennen sein. Auch die Annahme eines tuberculösen Eczems weist *Neisser* zurück.

Veiel bespricht specieller die Therapie. Vor Allem bestreitet er die vielfach behauptete Möglichkeit, jedes Eczem dauernd zu heilen. Speciell hartnäckig erwiesen sich ihm Eczeme, bei denen hereditäre Disposition besteht, ferner Eczeme in der Nähe von Narben und Wunden, welche wohl als Stauungseczeme aufzufassen sind. Den Werth innerer Behandlung beim Eczem bestreitet er, mit Ausnahme jener Fälle, in denen eine solche durch ein specielles inneres Leiden indicirt ist (Anämie, Scrophulose). Für therapeutische Zwecke am wirksamsten erweisen sich solche Präparate, welche die Haut in unverletztem Zustande zu durchdringen vermögen (Quecksilber, Theer), andere sind wohl auch sehr brauchbar zur Abheilung wunder Stellen, durch Abschluss derselben gegen Aussen, als Deckmittel, beeinflussen aber nicht den Krankheitsprocess als solchen. Der parasitentödtende Einfluss der obengenannten Mittel dürfe wohl berücksichtigt werden. Der Einfluss geeigneter diätetischer Behandlung sei nicht zu vernachlässigen, besonders bei Adipositas und Stauungseczemen, doch ist es *Veiel* nicht gelungen, durch Regelung der Diät allein Eczeme zur Heilung zu bringen. Zur speciellen Behandlung übergehend, empfiehlt er für trockene acute Eczeme besonders die Leime. Wenn Leime nicht ertragen werden, Puderbehandlung. Nässende Stellen heilen meist leicht unter irgend einem Deckmittel (Ung. Wilsoni, 5procentige Tanninsalbe). Bei ausgedehnterer Anwendung von Tannin beobachtete er Salivation und Schwellung des Zahnfleisches. Bei chronischen Eczemen empfiehlt er Salicylseifenpflaster oder Sublimatgelatine *(Pick)*, bei schwieligen Verdickungen *Unna's* Salicylguttaperchapflastermull, wie überhaupt die Salicylsäure sich ihm bei chronischen, auch nässenden Eczemformen gut bewährt hat. An behaarten Stellen empfiehlt er Salicylöl oder Salicylsalben 1 : 9. Zuweilen verursachen die Salicylpräparate aber auch länger dauernde Schmerzen und müssen dann entfernt werden. Oft genug aber musste er zum Theer zurückgreifen, der insbesondere bei starkem Hautjucken vorzügliche Dienste leistet. Die Haut muss aber erst an die Theerapplication gewöhnt werden und man wähle daher Anfangs möglichst schwach wirkende Präparate (Theerseifenschaum), ehe man zu stärkeren Concentrationen übergeht. Der Grundsatz, Theer nur an trockenen Eczemformen zur Anwendung zu bringen, ist im Allgemeinen richtig, doch gibt es Ausnahmen, und ist speciell auch bei nässenden Eczemen im Gesicht von milden Theerpräparateu guter Erfolg zu sehen. Als weitere Mittel in der Behandlung des chronischen Eczems werden empfohlen Tannin, Cold cream, Diachylonsalbe, impermeable Verbände und bei sehr starker Infiltration Chrysarobin und Pyrogallol, in steigender Dosis 2—10 Procent. Die früher

üblichen schmerzhaften Aetzungen mit Kali causticum werden dadurch überflüssig. Beim seborrhoischem Eczem werden Schwefelpräparate mit Recht empfohlen. Bei Eczemen der Schleimhautübergänge (After, Scheide) werden Tannincacaozäpfchen gute Dienste thun. Hinsichtlich der Salbengrundlage kommt es weniger auf die Wahl des Mittels, als auf die Frische des Präparates an. Wenn heute das Schweinefett erfunden würde, möchte wohl das Geschrei in der Welt über die epochemachende Entdeckung noch viel grösser sein, als wir das bei Einführung von Vaselin, Lanolin, Mollin u. s. w. erlebt haben.

Literatur.

91. ***Allgemeine Physiologie und Pathologie des Kreislaufes.*** *Von Dr.* ***S. v. Basch,*** *Professor in Wien. Wien 1892, Alfred Hölder.*

Ein Buch, knapp in Form, scharf im Urtheil, klar in der Darstellung, voll von eigenen nicht anders woher herbeigeholten Gedanken, liegt vor uns in dem neuesten Werke von *v. Basch.* Schon bald zu Anfang nach einleitenden Grundbetrachtungen über den Kreislauf mit einem und zweien Herzen, geht *v. Basch* zur kritischen Untersuchung über, ob diese Grundgedanken richtig sind und mit Hilfe eines eigens construirten Kreislaufmodelles geht er an die Erörterung der Fragen, wie sich unter verschiedenen Bedingungen die Drücke in den verschiedenen Abschnitten des künstlich hergestellten Kreislaufsystemes ändern. Wenn wir bedenken, dass die Modellversuche des Näheren eingehen auf die Thätigkeitsaufnahme beider Ventrikel, Verstärkung jedes einzelnen, auf die Arbeitseinstellung beider oder abwechselnd jedes einzelnen, auf die Vergrösserung und Verkleinerung der Widerstände im Aortengebiete, auf vermehrte und verminderte Füllung des Kreislaufsystemes, auf Vergrösserung und Herabsetzung der Widerstände im Gebiete der Pulmonalarterie, so ist leicht einzusehen, wie gross die Anzahl der gefundenen Thatsachen ist, welche eine Fülle Neues und Frappantes bieten. Ein Abschnitt über die Füllung und Spannung der Gefässe in den verschiedenen Gebieten des Kreislaufes hat zwar, und das sagt *v. Basch* selbst, nur ganz allgemeine Bedeutung, kommt jedoch zu dem Satze, dass der Druck in einem bestimmten Rohrabschnitte des Kreislaufes von der Geschwindigkeit abhängt, mit der die Flüssigkeit ein- und ausströmt und darauf werden die Bedingungen erörtert, unter welchen zunächst im Modell Druck und Füllung sich ändern, wie sich das Strömen bei gleichmässiger und ungleichmässiger Arbeit der Ventrikel erhält, wie sich die Vertheilung der Flüssigkeit dabei im Kreislauf gestaltet. — In dem 2. Abschnitt, der allgemeinen Physiologie des Kreislaufes, kommen wir zu den Erörterungen der von *v. Basch* zuerst gelehrten Lungenstarrheit, d. i. der Zustand, in den die Lunge bei starker Spannung der Alveolarcapillaren geräth und der Lungenschwellung (Anfüllung der Alveolarcapillaren unter höherem Druck) bei der Erörterung der verlangsamten und beschleunigten Schlagfolge des Herzens, vermehrtem Widerstande im Aortengebiete treffen wir diese Erscheinungen an. Bei der Lehre über den verminderten Widerstand der arteriellen Strombahn bekommen wir einen Einblick unter Anderem in die günstige therapeutische Wirkung des Alkohols, über den Einfluss des

Chloralhydrats als Herzgift. Ganz abweichend von der bisherigen Lehre wurden die Compensationsvorgänge aufgefasst, es werden Accommodationseinrichtungen erörtert, die in der neueren Zeit erweiterte Lehre der Compensation durch Aufstellung der Reservekraft des Herzens wird nach scharf kritischer Darlegung vollkommen zurückgewiesen. Es ist unmöglich, auf das Einzelne in dem reichhaltigen Inhalte des Werkes einzugehen. So viel ist sicher, dass es wie selten eines zum Nachexperimentiren, zum Controliren der einzelnen gefundenen Sätze und Theorien anregt und dass es mit vielem Interesse und grossem Nutzen wird gelesen werden. *— n.*

92. ***Ueber Behandlung von Lupus, Lepra und anderen Hautkrankheiten mittelst Koch'scher Lymphe (Tuberculin).*** *Von Prof.* ***Kaposi.*** *Wien, Alfred Hölder, 1891.*

In einer dieses grossen Klinikers und hervorragenden Autors würdigen, überzeugenden und alle Verhältnisse auf das Gründlichste behandelnden Weise legt der Autor auf Grund seiner viermonatlichen Versuche mit dem *Koch*'schen Mittel dar, was er bei den verschiedensten Fällen von lupösen und nichtlupösen Hauttuberculosen damit erzielt hat. Die tabellarische Zusammenstellung aller wichtigen Erscheinungen bei den 50 mittelst Tuberculin behandelten Fällen, welche diesen hochinteressanten und massgebenden Studien des berühmten Dermatologen zu Grunde gelegt sind, ist eine so glücklich gewählte, dass der Leser selbst mit Leichtigkeit die Epikrise aus derselben zu ziehen vermag. Der Verfasser erklärt als Ergebniss dieser seiner Erfahrungen, dass das *Koch*'sche Mittel auf den Lupus zwar prompt wirkt im Sinne der Erregung einer oberflächlichen flüchtigen Entzündung, und dass in demselben Masse auch eine erhebliche Abflachung, Abblassung und Besserung des Lupus binnen einigen Wochen zu beobachten ist. Es wurde von ihm aber kein Fall von wirklicher Heilung erzielt, und da, wie seine Versuche lehrten, jene Entzündungen auch nicht weiter prompt und intensiv genug hervorgerufen werden können, inzwischen aber unter der andauernden Lebensfähigkeit der Bacillen der Lupus heranwächst, ja metastatisch neu entsteht, so kann er auch keine Heilung des Lupus mittelst des *Koch*'schen Mittels erhoffen. Während Verfasser also einerseits eine Besserung durch die *Koch*'sche Behandlung constatirt, nimmt er entschieden Stellung dagegen, dass das Mittel als Heilung bringend angepriesen wurde und noch wird. Auch ist es keinesfalls geeignet, unsere bisherigen Mittel zur Bekämpfung des Lupus zu ersetzen oder entbehrlich zu machen. Zwei lithographirte Tafeln und eine Tabelle erhöhen noch das Verständniss dieser äusserst werthvollen und lesenswerthen Arbeit, welche in hohem Grade geeignet ist, erhitzte ärztliche Gemüther abzukühlen und zu beruhigen. *v. Buschman.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

93. ***Zur Diagnostik der Erkrankungen der Gallenwege.*** *Von Dr.* ***Rheinstein.*** *Vortrag, gehalten in der Berlin. med. Gesellschaft am 21. October 1891. (Deutsch. Med.-Ztg. 1891. 88.)*

Die Untersuchung der Unterleibsorgane hat erst in den letzten Jahrzehnten durch die in der Gynäkologie schon längst geübte bimanuelle Palpationsmethode eine wesentliche Erweiterung und Vervollkommnung

erfahren. Anstatt der unvollkommenen Betastung von aussen sucht man die einzelnen Parenchyme nunmehr in allen ihren Umrissen und Flächen mit dem untersuchenden Finger der einen Hand völlig abzutasten und zu umgreifen, während die andere sie direct oder indirect von den übrigen Organen möglichst isolirend fixirt. Was speciell die Gallenblase anbetrifft, so hat die Palpation derselben im Allgemeinen bisher nicht genügende Würdigung gefunden. Die Autoren geben die Möglichkeit zu, hier und da die vergrösserte Gallenblase, selten auch Steine darin fühlen zu können. Allein die Fragen, wie, wo und unter welchen Bedingungen die Palpation zu bewerkstelligen sei, werden entweder gar nicht oder ganz ungenügend erörtert. Bei Betrachtung der normalen Lageverhältnisse der Gallenblase und besonders der Thatsache, dass der Fundus vesicae den Leberrand überragt, dass er im Stehen und Sitzen unterhalb des Rippenbogens der vorderen Bauchwand anliegt, ferner, dass derselbe bei tiefer Inspiration mit der Leber $1—1^1/_2$ Cm. nach unten sich vorschiebt, sollte man eigentlich annehmen müssen, dass mitunter selbst die normale Gallenblase in normaler Lage zu palpiren sei. In Wirklichkeit ist dies niemals der Fall, und zwar einmal wegen der geringen Spannung der Wand, die dem tastenden Finger nur wenig Widerstand darbietet. Ferner wirkt sehr erschwerend auf die Palpation der Rippenbogen, hinter dem die Gallenblase zum grössten Theil sich verbirgt, ausserdem die zu geringe Angriffsfläche des Organs für die Tastung, endlich der hohe Grad ihrer Beweglichkeit. Die Bedingungen, unter denen die Gallenblase einer Palpation zugänglich werden kann, was nur unter pathologischen Verhältnissen möglich ist, sind erstens Vermehrung der Consistenz durch grössere Wandspannung oder durch abnormen Inhalt, zweitens Volumenzunahme, Vergrösserung oder Erweiterung, drittens Lageveränderung des Organs, bezw. des Fundus in der Richtung nach abwärts. Die beiden ersten Bedingungen sind meist gleichzeitig vorhanden bei Cholelithiasis, Hydrops und Empyema vesicae, auch bei den einfachen Gallenstauungen durch Hindernisse in den Ausführungsgängen, ferner beim Carcinom und bei fibröser oder kalkiger Verdickung der Blasenwandungen; ein Tieferstehen der Gallenblase kommt nur bei Vergrösserung der Leber vor, besonders bei der Schnürleber und am häufigsten beim Descensus. Ausser den drei erwähnten Bedingungen muss der Darminhalt entleert und die Bauchdecken müssen möglichst erschlafft und mit wenig Fettpolster versehen sein.

Von den Positionen für die Untersuchung kommen nur in Betracht die horizontale Lage und die aufrechte Stellung des Kranken. Die Palpation wird sowohl im Stehen wie im Liegen in der gleichen Weise ausgeführt. Der Untersucher befindet sich stets zur Rechten des bei geöffnetem Munde ruhig athmenden Kranken. Die flach aufgelegte linke Hand kommt in die rechte Lumbalgegend zu liegen. Die Fingerspitzen sind nach der Wirbelsäule gerichtet, der Zeigefinger ruht auf der zwölften Rippe, die rechte Hand wird auf die gleichnamige vordere Bauchwand derart aufgelegt, dass der Ulnarrand mit der Mittellinie sich deckt und die Fingerspitzen etwas nach oben und aussen sehen. Während nun die linke Hand durch einen ziemlich kräftigen gleichmässigen Druck die Lumbalgegend in toto nach vorn und innen schiebt und so ein constantes Widerlager schafft, wirkt die Rechte ihr entgegen, indem sie mit Beginn jeder neuen Exspiration vorsichtig etwas mehr in die Tiefe dringt, mit ihnen indirect den Rippenbogen nach hinten und aussen drängt. Dabei müssen die flach

aufgelegten Finger in den Metacarpophalangealgelenken langsam gebeugt werden, wodurch sie unter stets zunehmendem Druck in die Tiefe sich einsenken. Durch diese Manipulation wird die Gallenblase zwischen unterem Nierenpol und unterer Leberfläche fixirt und dadurch einer wirklichen Abtastung zugänglich. Bei Frauen, die weit häufiger an Krankheiten der Gallenwege leiden, als die Männer (5 : 1), lässt sich die Annäherung der Niere an die Gallenblase um so leichter bewerkstelligen, als bei ihnen meistentheils durch vorausgegangene Geburten ein leichter Descensus der rechten Niere vorhanden ist, wodurch der untere Pol derselben um 1 bis 2 Cm. tiefer steht als normal. Bei einigermassen grösseren Tumoren genügt es zur Fixirung der Geschwulst schon, die hintere Bauchwand nach vorne zu drängen. Die geschilderte Methode ist bei Consistenzvermehrung oder Volumenszunahme der nicht verlagerten Gallenblase anzuwenden.

Beim Tiefstand der Gallenblase in ihrer ganzen Ausdehnung in Verbindung mit der Leber oder dem des Fundus für sich allein kommt eine andere, viel wichtigere Untersuchungsmethode in Betracht, welche am besten im Stehen ausgeführt wird. Bei dieser Methode dient die linke Hand nur zur Fixirung der Leber, während die zum Greifen zurecht gemachte rechte Hand für sich allein die bimanuelle Palpation übernimmt, indem sie das zu untersuchende Organ zwischen den Daumen und den übrigen Fingern zu fassen und abzutasten sucht. Zu diesem Zweck wird die linke Hand von der Seite her, gerade unterhalb des Rippenbogens, fest in die rechte Weiche eingesetzt und durch einen senkrecht gegen die Wirbelsäule gerichteten constanten Druck und gleichzeitiges Zusammendrücken der Weiche in der Richtung von vorn nach hinten die Leber völlig immobilisirt. Die rechte Hand dringt bei Tiefstand der Leber unter deren vorderen Rand ein, indem sie von unten her in den Bauchdecken eine Falte bildet und diese mit den Fingerkuppen nach hinten und oben vor sich herschiebt. An dem Leberrande von links nach rechts gehend ist deutlich die tief einschneidende Incisura umbilicalis und einige Centimeter weiter nach rechts die seichte Incisura vesicalis mit dem Grunde der Gallenblase fühlbar. Diese wird von unten her völlig umfasst, während die umgreifenden Finger durch stärkeres Hinaufdrängen und Schliessen weiter an die Hinterfläche des Körpers der Blase gelangen, der durch Gegendruck des aussen aufliegenden Daumens an die untere Leberfläche angepresst werden kann. Bei schlaffen nachgiebigen Bauchdecken gelingt es mitunter sogar bis zur Porta hepatis vorzudringen und die hier befindlichen Gebilde zu prüfen. Bei hochgradiger Lebersenkung und Atrophie der Bauchdecken kann auf diese Weise selbst das normale Organ als eine rundliche schlaffgefüllte fluctuirende Cyste gefühlt werden. Die Palpation von Gallenblasengeschwülsten mit herabgesenktem Fundus geschieht in derselben Weise. Die 4 Finger werden links vom Tumor, parallel zu seinem Längsdurchmesser, der Daumen rechts vom Tumor eingesetzt.

Kleine Mittheilungen.

94. ***Heilung von Malaria durch Eucalyptol-Injectionen.*** *Von Dr.* **Peter Buró.** *(Gyógyászat. 1891. 38. — Pest. med.-chir. Presse. 1890. 5.)*

Eucalyptus wirkt auch noch in Fällen, in denen Chinin versagt. *Buró* hat Eucalyptus sowohl per os wie in subcutaner Form benützt und sich stets überzeugt, dass die Wirkung prompt nur bei subcutaner Injection, per os hingegen auch im besten Falle nur nach Tagen einzutreten pflege. Zur Verwendung bei den Injectionen

kam das ätherische Oel von Eucalyptus stets mit einem fetten Oele gemengt, um die Bildung von Abscessen zu vermeiden, u. zw. 1—3 und mehr Decigramm auf einmal. *Buró* hat allerdings auch Fälle zu verzeichnen, wo die nach Eucalyptus eingetretene Recidive nur mittelst Chinin zu beheben war.

95. ***Ueber congenitale Dextrocardie.*** *Von* **Schott** *(Ther. Monatsh. Mai 1891. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 49.)*

Die überaus geringe Zahl von Fällen von wahrer Dextrocardie ist durch die vorliegende Beobachtung vermehrt worden. Es handelt sich um einen kräftigen Mann, dessen Herz auf der rechten Thoraxseite so gelegen war, dass dessen topographische Eigenart auf der Brustwand das Spiegelbild der normalen ergab. Pleuraerguss oder Lungenerkrankung bildeten hier nicht die Ursache der entgegengesetzten Lage, wie dies sonst so häufig der Fall ist; vielmehr war die Affection congenital ohne sonstigen Situs inversus viscerum. Das Organ war dabei im Allgemeinen gesund, nur bestand eine vielleicht durch Adipositas bedingte Verbreiterung der Herzdämpfung. Der Pat. war ein Zwilling; vielleicht lässt sich aus diesem Umstande das Zustandekommen der Anomalie erklären.

96. ***Als neues Hausmittel gegen einfachen Schnupfen*** bringt Dr. **Rönnefahrt** in Dresden unter dem Namen „Sternutament" kleine Blechdosen mit Naphtholcarbonsäure in den Droguenhandel. Diese Dosen sollen vor dem Oeffnen geschüttelt werden, so dass das Pulver als Staub durch Riechen eingesogen werden kann. Es scheint dabei allerdings leichter als auf die bisher übliche Weise des Schnupfpulvers das Medicament in feiner Vertheilung mit der Nasenschleimhaut auf weite Ausdehnung in Contact zu gelangen. Zudem hat der Kranke den Vortheil, dass sich die nicht flüchtige Naphtholcarbonsäure in absehbarer Zeit schwerlich aufriecht.

97. ***Gegen Asystolie bei Herzklappenfehlern oder Myocarditis*** empfiehlt **Lancereaux** (Semaine méd. 1891. 42. — Ther. Monatsh. 1891. November.) Pillen von folgender Zusammensetzung:

Rp. *Bulb. Scillae*
Scammonii
Fol. Digital. pulv. *aa. 1·0*
Pulv. rad. Liquir. q. s.
ut f. pilul. *Nr. 20.*

DS. 3—4 Tage hindurch 4 Pillen im Laufe des Tages zu nehmen. Alsdann bis 6 oder 8 zu steigern und wiederum einige Tage zu pausiren, um mit derselben Medication von Neuem zu beginnen, wenn die Diurese und Herzthätigkeit noch nicht in Ordnung.

98. ***Die Folliculitis und Perifolliculitis der Weber und Spinner.*** *Von* **Léloir.** *(Annal. de Dermat. — Wien. med. Wochenschr. 1891. 47.)*

Léloir fand bei fast allen Webern und Spinnern eine papulöse und pustulöse Entzündung der Haarfollikel an dem Oberschenkel und der Wade, seltener den oberen Extremitäten, die viel Aehnlichkeit mit Theeracne hat und ihr auch ätiologisch nahesteht. Die Arbeiter, die ihre Maschinen mit ordinärem Schmieröl sehr häufig beölen, wischen ihre öligen Finger in die Beinkleider, so dass ihre Arbeitshosen sehr bald von Oel durchtränkt sind, das auf die Haut gelangt und diese irritirt.

99. ***Ueber Geruchsempfindungen, welche durch den innerlichen Gebrauch gewisser chemischer Körper erregt werden.*** *Von Dr.* **Richard Hilbert**, *Sensburg. (Memorabilien. 1891. 5. Dec.)*

Hilbert wurde von seinen Patienten aufmerksam gemacht, dass sie nach Gebrauch von Antifebrin und Antipyrin eigenthümliche Geruchsempfindungen haben. An sich selbst hat *Hilbert* nach Einnahme von Antifebrin Folgendes beobachtet: 8 Minuten nach Einnahme von 1·0 Antifebrin tritt, zugleich mit Herabsetzung des Blutdruckes, eine eigenthümliche Geruchsempfindung ein. Der in der Nase empfundene Duft ist aromatisch und erinnert leicht an Zimmt, ohne indessen eine grosse Aehnlichkeit mit genanntem Aroma zu besitzen (Benzoësäure?) und verschwindet nach etwa einer halben Stunde. Die Zeit des Eintrittes der Geruchsempfindungen kann sich indessen (wahrscheinlich je nach der Dosis) bis zu einer halben Stunde verzögern; dieselbe tritt auch bei starkem Schnupfen, wenn sonst die Geruchsempfindungen aufhören, ein. Die Wirkung des Antipyrin ist eine ähnliche, doch scheint sie schwächer zu sein.

Einladung zum II. Internationalen Dermatologischen Congress in Wien, 5.—10. September 1892.

Laut Beschluss des I. Internationalen Dermatologischen Congresses vom 10. August 1889 in Paris, wird der II. Internationale Dermatologische Congress im Jahre 1892 in den Tagen vom 5.—10. September in Wien abgehalten werden.

Wir beehren uns hiermit Sie, geehrter Herr Collega, zur Theilnahme an diesem Congresse höflichst einzuladen und zu bitten, möglichst bald Ihren Beitritt zu demselben erklären zu wollen.

Die Statuten des Congresses, sowie das vorläufige Programm der Verhandlungsthemata werden später bekannt gegeben werden.

Anmeldungen zum Beitritt, sowie von Vorträgen und Demonstrationen nimmt entgegen der unterzeichnete Generalsecretär.

Das Organisationscomité:

Die Mitglieder:

Prof. *I. Neumann;* Prof. *E. Lang;* Docent *H. v. Hebra,* Prim. Docent *M. Mraček,* Docent *Jos. Grünfeld* (Wien); Prof. *F. J. Pick;* Prof. *V. Janowsky* (Prag); Prof. *E. Lipp* (Graz); Prof. *A. Jarisch* (Innsbruck); Prof. *A. Rosner* (Krakau); Prof. *E. Schwimmer* (Budapest).

Prim. Docent *G. Riehl* (Wien), Generalsecretär.

Prof. *M. Kaposi* (Wien), Präsident.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Blaschke Paul. Internationaler Lazareth-Sprachführer. Eine Sammlung von Redensarten behufs Verständigung am Bette des Kranken, nebst einer Zusammenstellung der nothwendigsten medicinisch-technischen Ausdrücke. Bearbeitet von —, unter Mitwirkung bedeutender Fachmänner. 1. Abtheilung: Deutsch-französisch. Berlin, Verlag von Hepner & Co.

Hammer, Dr. med. Friedrich in Stuttgart. Ueber den Einfluss des Lichtes auf die Haut. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1891.

Lorenz, prakt. Arzt. Taschenkalender für Aerzte. Herausgegeben von —. 1892. V. Jahrgang. Berlin, Verlag des Berliner lit. Institutes.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg** in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: **Eugen Schwarzenberg.**
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

100. ***Ein Fall von Coma diabeticum, behandelt nach Stadelmann's Vorschlag.*** *Von Dr.* **A. Koettnitz.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 49.)*

Mit Rücksicht darauf, dass es sich bei dem Coma diabeticum um eine Säureintoxication, d. h. um das Auftreten von Crotonsäure oder Oxybuttersäure, welche letztere leicht bei chemischen Manipulationen in erstere zerfällt, handelt, hat *Stadelmann* vorgeschlagen, möglichst grosse Dosen von Alkalien zur Paralysirung dieser Säure dem Körper einzuverleiben, speciell intravenöse Injectionen 3—5% Lösungen von kohlensaurem Natron vorzunehmen. Die Erfahrungen, die man bis jetzt mit dieser Behandlung gemacht, sind nicht günstig; von 11 Fällen, die *Stadelmann* aus der Literatur zusammengestellt, ist nur einer in Genesung übergegangen. Er rügt es als durchaus unzweckmässig, dass in einigen Fällen von seiner Vorschrift abgewichen und statt kohlensaurem Natron doppeltkohlensaures angewendet worden sei. Auf Grund theoretischer Erwägungen und der Ergebnisse von Thierversuchen empfiehlt er als Grundlage der Injection die physiologische Kochsalzlösung und auf 150 Ccm. der Flüssigkeit 7·2 Grm. Na_2CO_3 und 4·6 Grm. $NaHCO_3$ zu nehmen. Von dieser Lösung, die übrigens noch schwächer sein kann, soll man unter genauer Controle von Puls, Athmung etc. so viel injiciren, dass es gelingt, den Urin alkalisch zu machen. *Koettnitz* hat bei einer Patientin mit mittelschwerem Diabetes (Zuckergehalt des Harns im Mittel 4%), als sich plötzlich die Erscheinungen des Coma diabeticum einstellten, eine intravenöse Infusion nach *Stadelmann's* Vorschrift gemacht und dabei auf 1 Liter warmer physiologischer Kochsalzlösung, die mit einem Tropfen Natronlauge alkalisch gemacht war, 30 Grm. Natr. bicarb. und 42 Grm Natr. carb. pur. gelöst. Nach Eingiessung von ½ Liter der Flüssigkeit besserte sich der Zustand der Patientin für ganz kurze Zeit; dann kehrte der alte Zustand wieder und führte zum letalen Ausgang. *Koettnitz*, der den unglücklichen Verlauf in diesem Falle durchaus nicht dem *Stadelmann*'schen Verfahren zum Vorwurf macht, glaubt zwar, dass alle theoretischen Erörterungen gegen dieses Verfahren hinfällig werden, wenn die klinischen Erfahrungen zu Gunsten der Infusion sprechen, kommt dann aber auf die Frage, ob man dasselbe nicht auf weniger eingreifende Weise erreichen könne. Dabei erwähnt er die subcutanen Injectionen physiologischer Kochsalzlösungen, die *Sahli* als ein werthvolles Mittel bei Bekämpfung schwer toxischer Zustände empfohlen hat. Nach *Sahli* erreicht man dadurch in erster Linie eine Diluirung des im Blute kreisenden Giftes und dann durch die sehr oft eintretende Erhöhung der

Diurese eine „Auswaschung“ des menschlichen Körpers. Gestützt auf Versuche an Kranken, z. B. Fällen mit Status typhosus, empfiehlt *Sahli* diese Injectionen auch bei den als Autointoxicationen bezeichneten Zuständen, speciell beim Coma diabeticum. Jedoch liegen zur Zeit noch keine praktischen Erfahrungen über dieselben bei dem zuletzt genannten Symptomencomplex vor.

H. Levy, Breslau.

101. ***Ist die Elektrotherapie eine wissenschaftliche Methode?*** *Von Dr.* ***A. Moll****, Berlin. (Berlin. Klinik. 1891. Nov.-Heft.)*

Auf Grund eines ganz interessanten theoretischen Raisonnements, sowie unter Vorführung einer längeren Reihe solcher Krankheiten, welche die moderne Therapie vorzugsweise mittelst der Elektricität bekämpft, sieht sich Verf. gezwungen, die im Titel gestellte Frage zu verneinen; einen wirklich wissenschaftlichen Boden kann und will er der Elektrotherapie nicht zuerkennen. Dies könnte nur geschehen, wenn wir entweder die durch sie gewonnenen Erfahrungen erklären könnten, wenn wir im Stande wären, diese auf ihre tiefer liegenden Gründe zurückzuführen, oder wir müssen wenigstens empirisch gewonnene, allgemein anerkannte Indicationen und Methoden der Anwendung der Elektricität in Krankheiten besitzen, ohne dass erst im einzelnen Falle ein Ausprobiren der richtigen Methode in Bezug auf Art, Stärke und Wirkung des Stromes nöthig wäre. Diese beiden Vorbedingungen für die Annahme einer Erfahrungswissenschaft fehlen nun bei der Elektrotherapie fast gänzlich. Diese seine in vorliegender Arbeit äusserst eingehend und überzeugend zum Ausdrucke gebrachte Anschauung, mit welcher Verf. speciell den jüngsten Ausführungen *Gessler's* entgegentritt, hindert ihn aber durchaus nicht, den Werth der Elektrotherapie in vielen Fällen rückhaltslos anzuerkennen, indem er sagt, dass wir heute nicht nur das Recht, sondern sogar die Pflicht haben, in hierzu passend scheinenden Krankheiten von der Elektricität Gebrauch zu machen.

v. Buschman.

102. ***Ein Fall von Leberabscess im Gefolge von Cholelithiasis.*** *Von Prof. Dr.* ***A. Fraenkel****. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 48.)*

Im Anfange dieses Jahres hat Prof. *Pel* in Amsterdam eine Abhandlung „Ueber die Diagnostik der Leberabscesse“ veröffentlicht. Auf Grund eines grösseren Beobachtungsmateriales von 26 Fällen kommt er zu dem Schlusse, dass die Diagnose bei sorgfältiger Untersuchung eine nicht zu schwierige sei. Unter den objectiven Symptomen, denen er besonderen Werth beilegt, befinden sich: 1. Vergrösserung der Leber, und zwar nach aufwärts, da die Abscesse meist im rechten Leberlappen liegen, 2. eine eigenthümliche Beschaffenheit der Dämpfungsgrenze, welche eine nach oben gerichtete convexe Linie darstellt, die nicht immer an der Vorderwand des Thorax zu liegen braucht, 3. mangelhafte Verschiebbarkeit der Lungen-Lebergrenzen. Wie wenig auf diese Symptome zu geben ist, beweist *Fraenkel* an einem von ihm beobachteten und durch Operation geheilten Falle, der kein einziges dieser Symptome darbot, in dem aber dauernd leichter Icterus bestand, eine Erscheinung, die in keinem Falle *Pel's* auftrat, also auch nicht zu den con-

stanten Zeichen gehört. *Fraenkel's* Diagnose hatte in dem erwähnten Falle zwischen Leberabscess und retroperitonealer Eiterung in Verbindung mit septischem Icterus geschwankt. — In einem zweiten von *Fraenkel* beobachteten Falle mit tödtlichem Ausgang handelte es sich um einen solitären Leberabscess in Folge von Gallensteinen, der ziemlich hoch oben im rechten Lappen, dicht unter dem Zwerchfell sass, mit dessen Unterfläche seine Wandung theilweise verlöthet war. Die Leber war nicht unbeträchtlich vergrössert und dadurch auch die bei Lebzeiten bestehende, auf Collapsinduration des Unterlappens der rechten Lunge beruhende Dämpfung an der rechten hinteren Thoraxwand verursacht. Ausser dieser Dämpfung, über der man aus der Tiefe kommendes, bronchiales Athmen nebst Rasselgeräuschen hörte, hatte die 69jährige Patientin unbestimmte gastrische Beschwerden, Schmerzhaftigkeit in der Magengegend, geringfügigen Icterus und im Verlaufe von mehreren Tagen wiederkehrende Schüttelfröste. Die Diagnose wurde mit Wahrscheinlichkeit auf eine von der Leber ausgehende Eiterung gestellt; bestimmte Symptome für Gallensteine waren nicht vorhanden.

H. Levy, Breslau.

103. ***Ueber Neurasthenie und Hyperacidität.*** *Ein Beitrag zur Symptomatologie der Neurasthenie. Von* ***S. A. Pfannenstill****, Stockholm. (Nordiskt med. Ark. 1891. Bd. XXIII. 17.)*

Die ursprünglich von *Beard* als eine amerikanische Affection angesehene und auf das ruhelose Leben und die fortwährenden psychischen Anstrengungen zurückgeführte Affection hat sich bekanntlich später als eine in ganz Europa vorkommende Neurose herausgestellt. Sie sowohl, als die nervöse Dyspepsie von *Leube* (gastrische Neurasthenie) sind nach den im Stockholmer Serafinerlazareth gemachten Erfahrungen auch in Schweden nicht selten. Die von *Pfannenstill* beobachteten Fälle gehören sämmtlich den niederen Ständen und der arbeitenden Classe an und beweisen, dass die Neurasthenie sich keineswegs auf die oberen Schichten der Gesellschaft beschränkt, die dem modernen Treiben und den Aufregungen, die dasselbe mit sich bringt, am meisten ausgesetzt sind. Man kann von beiden eine primäre und secundäre oder symptomatische Form unterscheiden; doch ist die secundäre, als Symptom anderer Affectionen, besonders Hysterie, auftretende Form der gastrischen Neurasthenie weit häufiger als die primäre Form, die übrigens meist von allgemeinen neurasthenischen Erscheinungen begleitet wird. Die Störungen der secretorischen Nerven im Bilde der allgemeinen Neurasthenie äussern sich hinsichtlich der Secretion des Magensaftes manchmal in Hyperacidität und Hypersecretion oder in verminderter Acidität oder eventuell Fehlen der Säure in dem entleerten Mageninhalte. Die Hyperacidität ist ausschliesslich Folge von Vermehrung der Chlorwasserstoffsäure. Der Maximalwerth stellte sich bei Bestimmung mittelst Bariumcarbonats auf 0·3458%, bei einer Totalacidität von 104. Vermuthlich ist die neurasthenische Hyperacidität nicht Folge einer Vermehrung der Salzsäuremenge im Magensafte selbst, sondern hängt mit der quantitativen Vermehrung des Magensaftes zusammen. Während sich als mittlerer Werth für den Mageninhalt 1 Stunde nach dem *Ewald*'schen Probefrühstück 81 Ccm. für den Gesunden ergab, stieg diese Zahl bei Neur-

asthenischen auf 142, 143, 155 und selbst auf 159. Da, wie Verf. sich überzeugte, in der Motilität und in der Resorptionsfähigkeit des Magens bei Neurasthenikern eine Aenderung nicht stattfindet, so ist diese Vermehrung ausschliesslich als Folge der Zunahme von Magensaft anzusehen. Dass aber die Hyperacidität von jener abhängig sein kann, lehrt eine einfache Rechnung. Es ist klar, dass bei dem Versuche 1 Stunde nach dem Einnehmen der Frühstücksmenge, die bei den Versuchen stets dieselbe ist, die Reste der eingeführten Speise einen Theil des ermittelten Mageninhaltes bilden. Die Grösse dieses Antheiles ist aber nicht bekannt. Setzt man sie auf 50 Ccm. und nimmt man ferner an, dass in dem einen Falle 100 Ccm. Mageninhalt vorhanden sind, wenn 50 Ccm. auf Magensaft kommen, in dem anderen dagegen 200 Ccm., wovon 150 Ccm. das Product der Vermehrung des Magensaftes sind, so wird man unter der Annahme, dass in beiden Fällen der Magensaft 0·4% Salzsäure enthält, im ersten Falle einen Mageninhalt von 0·2% Salzsäure, im zweiten einen solchen von 0·3 % Salzsäure haben. Selbst bei einer Verminderung des Salzsäuregehaltes des Magensaftes in gewissen Grenzen kann eine Hyperacidität im Mageninhalte vorhanden sein. Nimmt man in einem dritten Falle an, dass der Mageninhalt sich auf 250 Ccm. steigert, während der Magensaft nur 0·3% H Cl enthält, so ergibt sich für den Mageninhalt eine Acidität von 0·24%. Fasst man dies in's Auge, so wird man die Hyperacidität bei Neurasthenie in der Hypersecretion begründet ansehen müssen, vorausgesetzt, dass man den letzten Begriff in etwas weiterem Sinne als im Allgemeinen erhöhte Magensecretion auffasst. Möglicherweise verhält es sich mit der Hyperacidität auch in gleicher Art bei anderen Magenleiden. Ebenso erscheint es möglich, dass die Abnahme der Acidität (Sub- und Anacidität) von Verminderung der Magensecretion in manchen Fällen abhängt. Die dickflüssige Beschaffenheit und die geringe Menge des Mageninhaltes deuten manchmal auf ein solches Verhalten hin.

Th. Husemann.

104. ***Ueber die gegenwärtige Influenza-Epidemie.*** *Von Prof.* ***A. Fränkel.*** *Sitzung des Vereines für innere Medicin in Berlin am 7. December 1891. (Deutsch. Med.-Ztg. 1891.)*

Die Beobachtung der Fälle in den Krankenhäusern kann nicht den richtigen Eindruck über den Gesammtcharakter einer Epidemie geben, weil überwiegend schwere Fälle zur Aufnahme kommen. Die Zahl der Patienten, welche die Complication einer Influenza-Epidemie darboten, betrug 38 = 20% aller Fälle, und zwar handelte es sich um 21 einseitige und 17 doppelseitige Pneumonien. Die Fälle von Pneumonie, welche gegenwärtig in der Stadt zur Beobachtung gelangen, lassen sich in 3 Gruppen theilen: 1. Fälle von gewöhnlicher fibrinöser Pneumonie. 2. Fälle, in denen eine fibrinöse Pneumonie sich zu einer Influenza-Pneumonie hinzugesellt. 3. Die bronchopneumonischen Herde, welche sich durch ihre Dissemination über eine oder beide Lungen und durch ihre geringe Dämpfung auszeichnen. Unter den 38 Pneumoniefällen war fünfmal ein exquisit rostfarbenes Sputum vorhanden; wenn diese Herde confluiren, kann es in der That schwer werden zu entscheiden, ob es sich um eine lobuläre oder eine Influenza-Pneumonie handelt.

In einigen Fällen hat erst die Section die lobuläre Form feststellen lassen. Neben dem rostfarbenen Auswurf ist *Fränkel* ein eigenthümliches puriformes Sputum von schmutzig-bräunlicher in's Grünliche spielender Farbe aufgefallen. Auch war es bemerkenswerth, dass auch bei einfach catarrhalischer Form das puriforme diffuse Sputum einen Stich in's Grünliche zeigt. Milztumor hat *Fränkel* im Ganzen nur in 5 Fällen beobachtet, Albuminurie sechszehnmal, in mässigen Grenzen. Von besonderem Interesse sind einige Complicationen. Bei einer 21jährigen Patientin, welche mit sehr lebhafter Dyspnoe zur Aufnahme kam, entwickelte sich am sechsten Tage der Erkrankung ein verbreiteter Tic convulsif der Extremitäten und der Kopfmusculatur. Die Affection machte durchaus einen hysterischen Eindruck. Durch Druck auf verschiedene Nervenstämme konnten die clonischen Krämpfe zur Ruhe gebracht, später aber auch dadurch wieder hervorgerufen werden. In einem Falle von Influenza-Pneumonie trat plötzlich Aphasie und rechtsseitige Lähmung auf, welche nach einer halben Stunde vorübergingen. Am nächsten Tage zu derselben Zeit Wiederkehr der Hemiplegie und Aphasie, welche jetzt noch besteht. Icterus in geringerem Grade hat *Fränkel* mehrfach beobachtet. Einmal entstand sehr intensiver Icterus bei einem Patienten, bei welchem sich die Influenza-Pneumonie mit eiteriger Peritonitis vorfand, an welcher Patient zu Grunde ging. Cystitis wurde einmal, Otitis sechsmal, und zwar viermal mit Perforation des Trommelfelles, beobachtet. Im Ganzen gingen 8 Patienten an Influenza-Pneumonie zu Grunde. Auch hier hat sich die Thatsache bestätigt, dass diejenigen Patienten am meisten gefährdet sind, welche bereits mit einer organischen Affection behaftet sind und das 40. Lebensjahr überschritten haben.

105. ***Beitrag zur Casuistik der Bronchitis fibrinosa.*** *Von **J. Józefowicz**. (Gaz. lekarska. 1891. 33. — Pest. med.-chir. Pr. 49.)*

In Rücksicht auf die Seltenheit dieser Krankheit, wie auch auf einige interessante Erscheinungen beschreibt *Józefowicz* einen Fall von Bronchitis fibrinosa, die im Verlaufe eines acuten Gelenksrheumatismus auftrat. Der 19jährige Student klagte über quälenden Husten, Stechen in der Brust; der Auswurf schleimig-eiterig mit Beimischung von Blut und Fibrinmassen. Eines Nachts stellte sich mit einem heftigen Husten starke Blutung aus Mund und Nase ein, wobei mit dem Blute „wie Fleischstücke" herausbefördert wurden. In dem ausgehusteten Blute fand *Józefowicz* Conglomerate geronnenen Fibrins, die theils verzweigt, wie aus den kleinsten Bronchien stammend, theils röhrenförmig, entsprechend den dickeren Bronchien, waren. Ferner waren Membrantheile von ungleichmässiger Dicke, die wahrscheinlich aus den grossen Bronchien, vielleicht aus der Luftröhre und Nase stammten. Unter dem Mikroskope ausser dem coagulirten Fibrin viele Eiterkörperchen, Epithelzellen und rothe Blutkörperchen. Die Ursachen der Bronchitis fibrinosa sind nicht genügend bekannt. Hier finden wir Lungentuberculose, vorhergehenden Bronchialcatarrh, allgemeine Körperschwäche, atmosphärische Einflüsse, Croup, Darmtyphus etc. erwähnt. Auch wurde diese Krankheit bei mit Mitralinsufficienz oder Stenose des Ostium venosum sinistrum Behafteten beobachtet. Den Einfluss des Herzfehlers auf das Erscheinen des Exsudates erklärt *Starck* durch

Lungenstauung. Zu dieser Kategorie gehört auch der beschriebene Fall, da schon im Anfange des Rheumatismus Insuff. valv. mitr. und Sten. ost. ven. sin. vorhanden war. Die zweite, hier zu berücksichtigende Erscheinung ist die Infiltration des Lungenparenchyms, die nicht auf eine croupöse Pneumonie bezogen werden kann. Wahrscheinlich lag hier ein Blutaustritt in die Lungenbläschen vor, vielleicht auch ein fibrinöses Exsudat. Endlich ist hier die Lungenblutung hervorzuheben; gewöhnlich ist sie unbedeutend, selten profus. *Biermer* sieht die heftige Ablösung des Exsudates von der Schleimhaut für die Entstehungsursache der Blutung an, welche Erklärungsart für so profuse Blutungen, wie sie im beschriebenen Falle auftraten, nicht ganz hinreichend ist. *Hertzka,* Karlsbad.

106. ***Beitrag zur Pathologie der Herzklappenfehler.*** *Von Dr.* ***Krehl.*** *Aus der medicinischen Klinik in Leipzig. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVI. 516. — Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 1.)*

Verf. hebt mit Recht hervor, dass der Zustand von Kranken mit Herzklappenfehlern gleicher Art so wesentlich verschieden ist, dass die Grösse des Ventildefectes nicht das allein Massgebende sein kann. Manche solcher Kranken vertragen ohne Störungen von Seiten des Herzens die schwerste neue Erkrankung irgend eines anderen Organs oder des Gesammtkörpers, während andere bei leichten Complicationen zu Grunde gehen. Nicht der Ventildefect, sondern die functionelle Leistungsfähigkeit des Herzens ist das Massgebende für die Beurtheilung. Die grosse Verschiedenheit in dem Verhalten der Leistungsfähigkeit der Herzen mit Klappenfehlern muss ihren Grund im verschiedenen Verhalten des Herzmuskels haben, doch darf man sich nicht damit begnügen, einzelne Theile des Herzens zu untersuchen, sondern man muss das Gesammtherz durch Anfertigung von Serienschnitten prüfen. Verf. hat acht Herzen von näher angegebenen Herzfehlern auf diese Weise geprüft (Schnitte von 0·04—0·05 Mm. Dicke, nach vorheriger Härtung in *Müller*'scher Lösung und Färbung mit Hämatoxylin und Eosin oder *Grenacher's* Alauncarmin). Es fanden sich nun in allen Herzen beträchtliche anatomische Veränderungen am Pericard, Endocard, an der Musculatur und an den Gefässen; theils waren es entzündliche Vorgänge, theils necrotische Processe. An allen vollständig untersuchten Herzen mit Klappenfehlern zeigten sich entzündliche Vorgänge an den Gefässen und der Musculatur, verbunden mit verbreitetem Schwund der Musculatur und mit Veränderungen der Muskelfasern auch an Stellen, wo interstitielle Entzündungen nicht wahrnehmbar waren. Letztere waren nirgends abgelaufen, sondern überall im Weiterschreiten begriffen. Die Ursache dieser progredirenden chronischen Entzündung des Herzmuskels sucht Verf. in der den Klappenfehler verursachenden ursprünglichen Infection (Polyarthritis, Scarlatina, Typhus, Variola etc.). Die Gefahr solcher Infectionen beruht dann weniger auf der Entwicklung des Klappendefectes, als darin, dass, falls die Infection auch gleichzeitig das gesammte Herz ergreift, damit der Beginn einer unheilvollen Reihe von Störungen der Leistungsfähigkeit gegeben wird, welche schliesslich zum Untergange des Organismus führt. Wo Gefässerkrankungen einsetzen, werden auch die Kranzarterien und das Myocard in Mitleidenschaft gezogen. Bei Klappenfehlern ist

also die die Endocarditis begleitende, von der gleichen Ursache abhängende Erkrankung der Arterien, des Myo- und Pericards, sowie der progredirende Charakter dieser Erkrankungen von grosser Bedeutung. Zieht man dies nicht in Betracht, so wird man die Klappenfehler falsch beurtheilen. Man wird also auf Fieberbewegungen, Herzsymptome, Beklemmung, Angst, Herzklopfen, unregelmässige Herzthätigkeit, Pulsveränderung und den Wechsel dieser Erscheinungen mehr Gewicht legen müssen, als bisher bei Klappenfehlern geschah.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

107. ***Zur Therapie der Chlorose.*** *Von Dr. **Alois Pick**. Aus der Klinik des Prof. Nothnagel. (Wien. klin. Wochenschr. 1891. 56.)*

In vielen Fällen von Chlorose bilden Magenerscheinungen die wesentlichsten subjectiven Beschwerden. Die Untersuchung ergibt zumeist atonische Zustände des Magens, in anderen ist eine ausgesprochene Dilatation vorhanden. In den meisten Fällen ist die Atonie als ein Folgezustand der Chlorose anzusehen, indem in Folge der gesunkenen Ernährung der Tonus der Magenmusculatur gelitten hat. Der Umstand, dass sich bei mehreren Chlorotischen die Eisentherapie als unwirksam erwiesen hatte, liess daran denken, ob nicht durch entsprechende Magenausspülungen ein weiteres Zustandekommen von Autointoxicationen hintangehalten und hierdurch die Heilung der Chlorose herbeigeführt werden könne. Verf. hat demgemäss 16 chlorotischen Mädchen, von denen 5 bereits durch Monate vergeblich mit Eisen behandelt worden waren, 11 sich zum erstenmale wegen ihrer Chlorose einer ärztlichen Behandlung unterzogen, Vormittags den Magen ausgespült. Der Erfolg der Behandlung war ein überraschender und konnten nach drei- bis vierwöchentlicher Behandlung Heilungen von Chlorosen beobachtet werden, die einer monatelangen Eisentherapie getrotzt hatten. In sämmtlichen Fällen konnte ein Ansteigen des Hämoglobingehaltes mittelst des *Fleischl*'schen Hämoglobinometers constatirt werden. Die Entstehung und Verschlimmerung der Chlorose durch die Dilatation des Magens erklärt *Couturier* nach den Angaben *Bouchard's*, nach welchen der dilatirte Magen Degenerationserscheinungen seines Drüsenapparates darbietet. Der verminderte Salzsäuregehalt des Magensaftes verhindert denselben, seine antiseptischen Eigenschaften geltend zu machen; in Folge dieses Umstandes werden die mit der Nahrung eingeführten Mikro-Organismen nicht genügend unwirksam gemacht, wodurch die Bildung von Säuren und Ptomainen begünstigt wird, welche, zur Resorption gelangt, im Blutkreislaufe ihre toxische Wirkung auf die Elemente desselben ausüben. Entsprechend dieser Anschauung besteht die Therapie *Coutourier's* in einer zweckentsprechenden Nahrung und Anwendung von Darmantisepsis. Zur Erzielung der letzteren bediente er sich folgender Lösung:

Rp. *Acid. hydrochlor. fum. pur 4·0,*
Aqu. 1000·0.

Hiervon mehreremale schluckweise während oder ein Glas nach der Mahlzeit zu trinken. In einigen Fällen verordnete er mit gleich günstigem Erfolge das ebenfalls von *Bouchard* angegebene β-Naphtol in der Dose von 2·50 mit 1·50 Bismuth. salicyl. Ermuntert durch die günstigen Erfahrungen, welche *Pick* bei der Behandlung von Phthisikern mit der Anwendung des Creosots hinsichtlich der Verdauungsbeschwerden gemacht hatte, welche Vortheile in erster Linie auf die local desinficirende Eigenschaft des Creosots zu beziehen sind, versuchte er dasselbe auch in einer grossen Reihe von Fällen von Chlorose mit Dilatation oder Atonie des Magens. Es wurden mit der Anwendung des Creosots die gleich günstigen Erfolge erzielt, wie mit den Magenausspülungen. Creosot 0·5, Sacchar. lact. 0·3, Mfp. Dtr. ad caps. gelat. dreimal täglich 1 Stück, gleich nach jeder Mahlzeit zu nehmen. Es ist die Vorsichtsmassregel zu gebrauchen, das Medicament sofort nach eingenommener Mahlzeit nehmen zu lassen, niemals nüchtern, weil in dem mit Speisebrei gefüllten Magen die unangenehmen Nebenwirkungen des Medicamentes in Wegfall kommen. *O. R.*

108. ***Creosot gegen Influenza.*** *Von* **J. Iselin**, *Glarus. (Correspbl. f. Schweiz. Aerzte. 1891. 24.)*

Verf. empfiehlt das Creosot bei Influenza innerlich in höheren Dosen von 1—5 Grm. pro die. Als einfachste Ordinationsform erwies sich hier, wie bei der Tuberculose, die der Pillen, an deren Gebrauch sich der Patient meist rasch gewöhnt und die ihm wenigstens für kürzere Zeit immer noch angenehmer sind, als die Application per Clysma, die vor den Gelatinekapseln das kleinere Volumen voraus haben und den Vorzug darbieten, nicht an einer Stelle den ganzen Creosotgehalt zu entlassen, was bei den Kapseln die bekannten Unannehmlichkeiten (Magenbeschwerden bis zum Vomitus) herbeiführt; welche Pillen endlich auch die Mixtur in Malaga oder Leberthran durch gänzliche Verdeckung des Geschmackes übertreffen, dies wenigstens diejenigen von *Jasper*, deren Ueberzuckerung trotzdem, wie Verf. sich überzeugt habe, die gänzliche Auflösung im Darm nicht hindert. Von diesen Pillen à 0·05 nimmt der hierzu animirte Patient gern 20—50 pro die ein. In einem Falle wurden mehrmals binnen 6 Stunden 100 eingenommen, ohne dass irgendwelche unangenehme Nachwirkung gespürt worden wäre. Diese Creosotmedication schliesst den Gebrauch der sonst üblichen Mittel nicht aus; vielmehr lassen sich die Antipyretica, Nervina und die localen Applicationen in Inhalationen, Gargarismata etc. ganz gut gleichzeitig oder abwechselnd damit combiniren.

109. ***Ueber den Einfluss einiger Abführmittel, sowie der Darmeingiessungen auf die Secretion und Zusammensetzung der Galle.*** *Von Dr.* **Loewenton**. *Inaug.-Dissert. Dorpat 1891. (Wratsch. Nr. 39. — Ther. Monatsh. 1891. December.)*

Die Angaben verschiedener Autoren bezüglich der Wirkung der Laxantia auf die Gallenabsonderung gehen bekanntlich auseinander. Dr. *Loewenton* hat neulich wiederum eine Reihe von Versuchen angestellt, um der Entscheidung dieser für die Therapie wichtigen Frage näher zu treten. Er experimentirte an einem Hunde mit permanenter Gallenfistel. Es wurden demselben in einem gewissen Zeitraume Wassereingiessungen von 38° C., 20° C., 15° C.

und 12° C. beigebracht. Von den Abführmitteln kamen nur die pflanzlichen zur Anwendung, und zwar: Gummigutti, Jalapa (Resina und Tubera Jal., auch Convolvulin), Aloë (Extractum Aloës und Aloin), Rheum (Extractum rh. und Cathartinsäure) und Podophyllotoxin; die laxativen Dosen wurden dem Gewichte des Versuchsthieres gemäss berechnet. Nach Application einer Irrigation, resp. eines Laxans blieb das Thier jedesmal 12 Stunden unter Beobachtung; zweistündlich wurde die Quantität der secernirten Galle, sowie ihrer wichtigsten Bestandtheile festgestellt. Auf Grund seiner 51 Experimente kommt *Loewenton* zu folgenden Schlüssen: 1. Weder die Irrigationen, noch die erwähnten Laxantia in relativ grossen Gaben vermögen die Gallensecretion zu vergrössern; einige Mittel, wie Gummigutti und Podophyllotoxin, vermindern dieselbe sogar. Kleine Gaben dieser beiden Arzneimittel befördern jedoch die Absonderung der Galle. 2. Die Zusammensetzung der Galle wird durch die geprüften Mittel wenig beeinflusst. Grosse Gaben von Gummigutti verringern etwas den Gehalt der Gallensäuren, während Rheum und kleine Podophyllotoxindosen den Farbstoffgehalt in geringem Grade erhöhen. 3. Das Fehlen der Galle im Darmcanal setzt die laxative Wirkung von Gummigutti, Jalapa und Podophyllotoxin herab; hingegen wird dadurch die Wirkung von Rheum und Aloë begünstigt.

110. ***Ueber neuere Hypnotica.*** *Von* **Sarzynski.** *Aus der med. Klinik des Prof. Korczynski zu Krakau. (Przeglad lekarski. 1891. 15 u. 16. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 42.)*

Die Individualität des betreffenden Patienten spielt bei der Beurtheilung eines Hypnoticums eine hervorragende Rolle. Psychische Einflüsse sind sehr oft nicht auszuschliessen. Spitalkranke, grösstentheils der arbeitenden Classe angehörend, sind eben deshalb nicht immer geeignet, um die Wirkung eines Schlafmittels richtig beurtheilen zu können. Das gemeinschaftliche Verweilen verschiedener Kranken in demselben Saale modificirt in bedeutendem Masse die schlafmachende Wirkung eines Mittels. Auch Suggestion erwies sich in manchen Fällen wirksam. Amylenhydrat (2—8 Grm.) wirkt auch in geringen Dosen ohne störende Nebenerscheinungen hypnotisch. In Rothwein oder versüsst, nehmen die Kranken das Mittel ohne Abneigung. Besonders günstig wirkte das Mittel bei Reizungszuständen des Gehirns (z. B. Meningitis tuberculosa). Der Schlaf hält einige Stunden an ohne Unruhe, beim Erwachen fühlen sich die Kranken erfrischt und gestärkt. Schmerzstillende Eigenschaften besitzt das Mittel nicht, das ohne jegliche Gefahr bei Herz- und Lungenkranken angewendet werden kann. Sulfonal wirkt 1 bis $1^1/_2$ Stunden vor dem Schlafengehen in überwiegender Mehrzahl der Fälle in der Dosis von 2 Grm., seltener 1 Grm. Nur ausnahmsweise ereignen sich unliebsame Nebenerscheinungen. Es empfiehlt sich das Nachtrinken von Flüssigkeit. Bei älteren oder schwächlichen Personen ist mit $^1/_2$ Grm. zu beginnen. Das Präparat (aus der Fabrik *Bayer*) soll geruch- und geschmacklos sein. Urethan, Hypnon, Cannabinum tannic. sind unzuverlässig. In Fällen gewöhnlicher Schlaflosigkeit nervösen Ursprunges, bei Neurasthenie, Hysterie, in chronischen Nervenleiden scheint *Sarzynski* Sulfonal das beste Hypnoticum zu sein. Wo aber neben Schlaflosigkeit noch

Hallucinationen, Unruhe etc. auftreten, empfiehlt *Sarzynski* Amylenhydrat (4—8 Grm.).

111. ***Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Functionen des gesunden menschlichen Magens.*** *Von Dr. med.* ***Eugen Blumenau.*** *Dissert. Russisch. Petersburg 1890. (Autoreferat. Ther. Monatsh. 1891. 9.)*

Unter Zuhilfenahme der modernen Untersuchungsmethoden prüfte *Blumenau* den Einfluss mässiger Gaben Alkohols auf die secretorische, resorbirende und motorische Thätigkeit des Magens an 5 gesunden Individuen im Alter von 22—24 Jahren. Sämmtliche Untersuchungssubjecte erhielten dieselbe Kost, bestehend aus 500 bis 600 Grm. Fleischsuppe, einer Cotelette, 90—100 Grm. und 200—225 Grm. halbweissen Brotes. Die Quantität Alkohol blieb gleichfalls dieselbe — 100 Ccm. mit einem Alkoholgehalt von 25% und 50% — und wurde 12—20 Minuten vor der Mahlzeit genommen. Um über die normale Digestionsthätigkeit eines Jeden Auskünfte zu erhalten, wurden Ausheberungen des Mageninhaltes 1, 2, 3, 4, 5 und bei einem Subjecte 6 Stunden nach der Mittagsmahlzeit vorgenommen. Dieselbe Stundenzeit wurde zur Prüfung des Mageninhaltes während der Alkoholperiode benützt. Ausserdem wurde an zwei Individuen der Einfluss des Alkohols auf den nüchternen Magen geprüft. Die Ergebnisse der 156 Mageninhaltuntersuchungen sind in folgenden Sätzen zusammengefasst. 1. 25%, resp. 50% Alkohol, in den nüchternen Magen eingeführt, bedingt eine physiologische Productionssteigerung des secretorischen Apparates; dieselbe wird höchst wahrscheinlich theils durch chemischen Reiz der Magenschleimhaut, theils durch Reflex von den nervösen Centren hervorgerufen. 2. Im Verlaufe der ersten 2—3 Stunden tritt eine Verlangsamung der Verdauung ein; sowohl die Gesammtacidität, als auch der quantitative Salzsäuregehalt und dem entsprechend die peptische Kraft des Magensaftes wird vermindert. 3. In den folgenden 2, resp. 3 Stunden (4, 5, 6) erfolgt, als ob compensatorisch, eine Steigerung der Magensaftabsonderung, der Aciditätsgehalt und die Salzsäurequantität steigen auf der Höhe der Verdauung (gegen 5 Uhr) annähernd bis auf's Zweifache. 4. Dessen ungeachtet wird die motorische und resorbirende Thätigkeit des Magens verschlechtert. 5. Die unter 2. und 3. angegebenen Sätze sind beim Nichttrinker weit stärker als beim Gewohnheitstrinker ausgesprochen. Als constante Erscheinung bei sämmtlichen Untersuchungspersonen constatirte der Autor einen hemmenden Einfluss bereits mässiger Dosen Alkohols. Ausser den oben angegebenen Sätzen fügt er als Beweise noch die Thatsache hinzu, dass freie Milchsäure im Mageninhalte zu einer Zeit, wo dieselbe normaler Weise regelmässig vermisst wurde, nachgewiesen werden konnte.

112. ***Ueber schädliche Wirkungen von Milchcuren.*** *Von Dr.* ***Agéron.*** *Vortrag bei der 64. Versammlung deutsch. Naturforscher und Aerzte. 1891. (München. med. Wochenschr. 1891. 50.)*

Viele Menschen besitzen eine Abneigung gegen Milchgenuss und bekommen bei solchem dyspeptische Beschwerden, die besonders dann heftig werden, wenn chronische Erkrankungen des Verdauungsapparates bestehen, die man durch exclusive Milchdiät zu bekämpfen sucht. Die dann sich einstellenden Störungen be-

stehen in schlechtem, schleimig-pappigem Geschmack, Appetitverminderung, saurem Aufstossen, Erbrechen, öfters auch Luftaufstossen; ferner Druckgefühl im Magen, Völle und schmerzhafte Spannung desselben; von Seiten des Darmes Kollern, kolikartige Schmerzen, Spannung; anfangs Verstopfung, später wässerige, unverdaute Entleerungen; Abdomen aufgetrieben; Magengrenzen percutorisch erweitert. Auch Allgemeinstörungen in Folge ausschliesslicher Milchnahrung bleiben nicht aus. Es kommt zu Gewichtsabnahme, anämischem Aussehen, Schwindel, Herzklopfen, Kopfdruck, Mattigkeit etc. Die Hauptursache für diese Ernährungsstörung erblickt Verf. in der Unfähigkeit des Verdauungsapparates, die einseitige Kost auf die Dauer zu vertragen. Verf. warnt vor diagnostischen Abwegen, auf welche die genannten Erscheinungen führen können, indem der Verdacht erweckt wird, dass hinter der ursprünglichen harmlosen Erkrankung ein bösartiges Leiden sich verberge. Vor jeder Milchcur müsse zuerst der Verdauungsapparat geprüft und während desselben durch Körperwägungen fortdauernde Controle geübt werden.

113. ***Wirkung der intestinalen Antisepsis auf einige medicamentöse Eruptionen.*** *Von Dr.* ***Féré.*** *(La méd. moderne. 1891. 15. October.)*

Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass nach längerem Gebrauche mancher Mittel in der Haut mehr oder weniger intensive Eruptionen entstehen. So beim längeren Gebrauch von Jod, Brom, Chinin, Chloral, Jodoform etc. *Féré* hatte die ingeniöse Idee, zu untersuchen, ob nicht durch antiseptische Beeinflussung des Darmes diese Hautausschläge bei gleichzeitigem Gebrauche der sonst nothwendigen Therapie beeinflusst und vermieden werden können. In der That haben dessen Versuche ein ganz gutes Resultat zu Tage gefördert, so dass bei noch so langem Gebrauche von bedeutenden Dosen der oberwähnten und anderen Mittel kein Hautausschlag zu Tage tritt, wenn folgendes Verfahren eingehalten wird: Gleich beim Auftreten der ersten eruptiven Zeichen nimmt der Kranke zweimal täglich 2 Grm. Naphtol B mit 1 Grm. Bromnatr. salyc. Der Effect dieser Therapie ist bald ein auffallend günstiger. Die gastro-intestinalen Beschwerden bessern sich, der Ausschlag wird blässer und schwindet ganz, die Wirkung der angewandten Heilmittel steigert sich und dieselben können ohne Schaden fortgebraucht werden. *Dr. Sterk,* Wien-Marienbad.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

114. ***Ueber den Ersatz von Sehnendefecten durch Seidenfäden.*** *Von Dr.* ***Kümmell,*** *Hamburg. Vortrag bei der 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.*

Es handelte sich in dem von Verf. berichteten Falle um eine subcutane Zerreissung der Sehnen des Extensor pollicis longus. Die Diagnose war anfangs auf eine Distorsion des Metacarpo-Phalangealgelenks gestellt worden. Da sich aber bei entsprechender Behandlung die Bewegungsfähigkeit des Daumens nicht wieder herstellte, wurde zur Operation geschritten. Es fand sich eine Zerreissung

genannter Sehnen, deren Enden um zehn Centimeter von einander entfernt waren. Sie wurden durch zusammengedrehte Seidenfäden mit einander verbunden, die vollkommen eingeheilt sind. Die Erklärung dafür ist noch nicht gefunden. Vor Allem kommt es darauf an, festzustellen, ob das todte Material einheilt, resorbirt wird oder nur als Richtschnur für die Neubildung des organischen Gewebes dient.

115. ***Zur Behandlung des Ulcus cruris.*** *Von Dr.* **Fritz Kunze.** *(Allg. med. Central-Ztg. 1891. 103.)*

Verf. empfiehlt zur erfolgreichen Behandlung des Ulcus cruris, wenn es schlaffe Granulationen zeigt, folgendes Verfahren: Das Geschwür wird zunächst mit einer desinficirenden Flüssigkeit (5% Carbolsäurelösung, 1 promilliger Sublimatlösung) von den anhaftenden Verunreinigungen, eitrigen Krusten und schmierigem Belag befreit und mit einem trockenen Wattebausch abgetupft. Ein Mullstreifen, vier- bis sechsmal zusammengefalten, wird alsdann, mit Vinum camphoratum reichlich durchtränkt, auf das Geschwür gelegt und mit einem Stück Guttaperchapapier, welches die Mullcompresse nach allen Seiten hin einige Finger überragt, bedeckt. Auf dasselbe kommt eine mässig dicke Schicht hydrophiler Watte, die ausserdem an dieser Stelle um den Unterschenkel herumgewickelt wird. Zunächst befestigt man das Ganze mit einer Mullbinde und vollendet den Verband mit einer Organtinbinde. Ist der Verband lege artis angelegt, so ist die auf dem Geschwür liegende, mit Vinum camphoratum getränkte Mullcompresse nach 8—10 Tagen noch feucht und man braucht nur etwa jede Woche dieselbe zu wechseln. Die Patienten können mit dem Verbande ihrer Arbeit nachgehen, und man hat die Freude, nach einigen Wochen bereits constatiren zu können, dass schöne reine Granulationen den Geschwürsgrund ausfüllen und dass die Ränder allseitig näher gerückt sind, um mit der Zeit zu einer Narbe sich zu schliessen. Es ist sehr lohnend, bei diesen „torpiden" Geschwüren gerade des Campherweins sich zu erinnern, da er unter solchem Verband durch gleichmässige feuchte Wärme granulationserregend und geschwürsreinigend wirkt, während beispielsweise ein feuchtwarmer Sublimatverband oder Verbände mit ähnlichen starken Desinficientien die Entwicklung schöner und üppiger Granulationen, wie Verf. die Erfahrung lehrte, sogar hemmen.

116. ***Hydrastis canadensis in der Geburtshilfe.*** *Von Dr.* **Bossi.** *(La méd. moderne. 1891. 22. October.)*

Verf. hat seit Langem vielseitig das Extr. fluid. hydrast. canad. in der Geburtshilfe anzuwenden Gelegenheit genommen und fand, dass das Mittel in der Schwangerschaft, von 100—200 Tropfen täglich angewandt, weder auf Mutter, noch Frucht nachtheilig wirkt, ebenso wenig bei der Geburt. Das Mittel ist unter allen Verhältnissen der Gravidität, der Geburt, der Nachgeburtsperiode ein verlässliches Hämostaticum, ein curatives, prophylactisches Mittel für den Uterus, ohne eine acbolische Wirkung auf die Musculatur desselben auszuüben. Hydrastis wirksamer als Secale, ohne die Nachtheile des letzteren zu theilen. Von der sicheren und günstigen Wirkung des Mittels in zahlreichen Fällen selbst überzeugt, glaubt der Autor das Präparat besonders empfehlen zu

dürfen: *a)* bei Blutungen, die während Schwangerschaft und Puerperium entstehen, zu 100—150 Tropfen dreimal täglich; *b)* als curatives Mittel bei Blutungen unmittelbar nach der Geburt; *c)* als prophylactisches Mittel bei den häufig auftretenden Nachblutungen, bei zu schwachen Wehen mit nachweisbar stark entwickeltem Fötus und schweren Anämien bei Gebärenden.

Dr. Sterk, Wien-Marienbad.

117. ***Eine seltene Form von Ausstossung eines im Uterus abgestorbenen Fötus.*** *Von Docent Dr.* ***M. Liebmann.***

Bekanntermassen kann der abgestorbene Fötus im Uterus längere Zeit zurückbleiben. Im Alter von 2 Monaten pflegt der Fötus resorbirt zu werden oder er verwandelt sich in eine sogenannte Mola carnosa. Vom 4. Monat angefangen, wo der Fötus resistenter wird, kann er in Mumification, Maceration, adipoide Umänderung und Petrification übergehen, oder endlich bei extrauteriner Gravidität wie auch nach vorausgegangener Uterus-Ruptur in die Bauchhöhle gelangen, aus der er entweder durch Eiterung spontan stückweise abgeht oder auf künstlichem Wege entfernt wird. Nur selten geschieht es, dass der Fötus innerhalb des Uterus seine vollkommene Zersetzung und nachherige stückweise Ausstossung erleidet. In dem Falle des Vortr. entleerten sich bei einer im 4. Monat Schwangeren die Weichtheile des schon vorher zersetzten Fötus in Form eines stinkenden, blutig-eitrigen Ausflusses, der einige Tage von geringem Fieber begleitet war. Beiläufig nach zwei Wochen fingen sich die Knochen an theils einzeln, theils gruppenweise in kürzeren oder längeren Zwischenpausen zu eliminiren. Innerhalb dieses mehrmonatlichen Zeitraumes entfernte sich eines Tages die Placenta in einer stark taubeneigrossen, ovoiden, fleischartigen Form, der ebenfalls 8 Knochen anhafteten.

118. ***Ueber Varicocele.*** *Von* ***W. H. Bennett.*** *(Centralbl. f. Chir. 1891. 50.)*

Beschwerden verursacht der Krampfaderbruch nur in etwa 20% aller Fälle, und sind solche nicht etwa der Grösse desselben proportional; als bisher nicht genauer gewürdigt beschreibt Verf. intermittirende Schmerzanfälle, welche auf krampfhaften Contractionen des überbürdeten Cremasters beruhen und demzufolge durch ein Suspensorium sicher zu beseitigen sind. Die Mehrzahl der jüngeren Patienten suchte Abhilfe nach, um bei Meldung für den öffentlichen Dienst nicht als untauglich abgewiesen zu werden, während die älteren (besonders die aus heissen Klimaten Kommenden oder mit Arthritis urica Behafteten) durch Schmerzen, Thrombosen, Entzündungen etc. zum Arzte getrieben wurden. Sexuelle Reizbarkeit, Pollutiones nimiae, Masturbation bezeichnet Verf. als nicht seltene Folgen von Varicocele, nicht als Ursachen derselben; er fand sie bei 9% der Behandelten. Interessant sind die vom Verf. erhobenen klinischen und anatomischen Befunde: Genetisch verschieden und nicht etwa als Stadien eines Processes findet er 3 Formen von Varicocele: 1. Länglich diffuse Schwellung, vom Leistenring bis zum unteren Pol des Hodens reichend. Diese Art pflegt aus der frühesten Jugend zu stammen, wenig zu wachsen und keine ernsteren Beschwerden zu verursachen. 2. Kugelige, wesentlich auf den Hoden beschränkte Auftreibung, oft einen zu grossen Hoden vortäuschend,

pflegt in der Pubertätszeit zuzunehmen. 3. Verdickung nur des obersten Theiles des Plexus, einer Hernie nicht unähnlich und wie eine solche reductibel, entsteht oft plötzlich durch Ueberanstrengung. Alle Varicocelen sind stets links- oder aber doppelseitig (in 100 Fällen 80 links-, 19 doppelseitig, 1 rechtsseitig). Anatomisch handelt es sich um Varicositäten, Hyperplasie (besonders in Form 2) oder Hypertrophie (Form 1) der Venen, abnormen Verlauf, Verdickung ihrer Wände etc., alles Veränderungen, die der Hauptsache nach congenitaler Natur sind. Therapie: von 100 Patienten suchten Beseitigung des Leidens nach 29% wegen bedeutender Beschwerden, 13% wegen sexueller oder nervöser Störungen, 27% um sich diensttauglich zu machen. Abgesehen von den zahlreichen Fällen, in denen eine diätetische, hydropathische und mechanische Behandlung (Suspensorium, das Bruchband stiftet oft Schaden und selten Nutzen) völlig ausreicht, verbleiben doch eine ganze Anzahl, in denen die Operation angezeigt ist, zumal eine solche nach Verf.'s Methode als eine wirklich radicale angesehen werden darf. Indicationen sind daher: 1. Dienstunfähigkeit, 2. besondere Grösse oder rasches Wachsen, 3. Doppelseitigkeit mit mangelnder Entwicklung beider Hoden, da die Operation hierauf einen günstigen Einfluss ausübt. Dringend warnt Verf. vor dem Eingriff bei Varicocele-Hypochondern oder Monomanen, bei Epididymitis, Thrombose, Herz- oder Leberleiden mit Stauungserscheinungen. In sorgsam ausgewählten Fällen werden sexuelle Reiz- und Erschöpfungszustände durch die Operation beseitigt. Bei der Operation kommt Alles darauf an, dass man sämmtliche Venen obliterirt und den ganzen Strang verkürzt; daher isolirt Verf. von einem 1 Zoll langen Schnitt aus stumpf den Plexus mit seiner Fascie von der Umgebung, unterbindet en masse möglichst tief unten uud hoch oben, schneidet das Zwischenstück aus und bringt die 2 Stümpfe durch eine Naht an einander. Dabei wird fast immer die Art. spermatica mit ausgeschnitten (welche nicht, wie die Bücher sagen, mit dem Vas deferens bei Seite geschoben wird), der Hode aber bleibt genügend ernährt, da einige ihrer Aeste, sowie solche der Arteria vasis deferentis erhalten bleiben. Ja man sieht, dass der Hode sich nach der Operation besser entwickelt, vorausgesetzt, dass dieselbe aseptisch verläuft. Durch die Vernähung der Ligaturstümpfe wird jede andere Operationsmethode zur Verkürzung der Scrotalhälfte überflüssig gemacht, und ist die Herstellung nicht nur eine dauernde, sondern auch völlige, da nach Ablauf des ersten Vierteljahres die Operirten in der Regel jeder mechanischen Beihilfe entbehren können.

119. ***Vier Fälle von Myomotomie wegen intraligamentär gelegener Myome.*** *Von* **James W. Ross**, *Torento, Canada. (Amer. Journ. of Obstetr. 1891. September-Heft, pag. 1081.)*

Die operative Entfernung intraligamentär gelegener Myome des Uterus zählt zu den schwierigsten und gefährlichsten gynäkologischen Operationen. Die Schwierigkeiten liegen in der Enucleation aus dem Ligamentum latum, sowie in der Bildung eines passenden Stumpfes, die Gefahren wieder liegen in der Hintanhaltung und Bekämpfung der Blutung. Die vier Fälle, die Verf. operirte, waren deshalb so schwierig, weil die Tumoren 10—45 Pfund wogen. Er operirte in der Weise, dass er das Ligamentum latum

spaltete und dann den Tumor frei machte, worauf er, nachdem der Uterus gelüftet und gehoben werden konnte, den elastischen Schlauch um die Cervix legte und den Uterus amputirte. Der eine Fall war umso complicirter und schwieriger, als die Kranke nebenbei gravid war. Sie trug eine abgestorbene dreimonatliche Frucht. Sehr grosse Mühen bereitete die Abbindung der Ligamenta lata und die Stillung der Blutung. Ebenso schwierig war die Bildung eines Stumpfes. In allen Fällen versorgte Verf. den Stumpf extraperitoneal. Eine Kranke, bei der der Stumpf sehr kurz ausfiel, ging ihm an einer nicht zu stillenden Nachblutung zu Grunde. Wegen dieser Gefahr und jener einer etwaigen septischen Infection von Seite des Stumpfes meint er, es sei am besten, den ganzen Uterus nach der *Freund*'schen Methode zu exstirpiren, und gibt hierzu eine eigene Art zur Versorgung der Ligamenta lata und der Gefässe an.

Kleinwächter.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

120. ***Ueber otitische Hirnabscesse.*** *Von Dr.* **Jansen.** *Aus der königl. Universitäts-Ohrenklinik zu Berlin. (Berlin. klin Wochenschr. 1891. 49. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1891. 12.)*

Jansen gibt eine Zusammenstellung der innerhalb der letzten $2^1/_2$ Jahre in der Berliner Universitäts-Ohrenklinik beobachteten Fälle von Hirnabscessen ex otitide, der zufolge bei einer Gesammtzahl von 13.000 Kranken auf 2650 acut entzündliche eitrige Mittelohrerkrankungen mit 149 Aufmeisselungen des Warzenfortsatzes 1 acuter Hirnabscess, auf 2500 chron. Otorrhöen mit 206 Aufmeisselungen 6 chron. Hirnabscesse entfallen. Sämmtliche Abscesse lagen dicht über, resp. hinter dem erkrankten Schläfenbein, 4mal in unmittelbarem Zusammenhange mit dem Eiterherd im Ohr durch Fistel oder gangränöses Gewebe, in einem Falle von Kleinhirnabscess mit Thrombose der Vena audit. int. scheint der Eiter längs dem Acusticusstamme fortgewandert zu sein. Die Ansicht, dass für die Entstehung von Hirnabscessen häufig eine extradurale Eiteransammlung in Folge acuter oder chronischer Pachymeningitis suppur. von ätiologischer Bedeutung sei, fand in den vorliegenden Fällen keine directe Bestätigung, doch ist *Jansen* geneigt, für die chron. Form der Pachymen. derselben beizutreten. Bemerkenswerth ist die Angabe, dass nur in einem Falle Stauungspapille beobachtet wurde, sowie dass die 4 Kleinhirnabscesse ausnahmslos von Labyrintherkrankungen begleitet waren, bestehend 1mal in ödematöser Schwellung und Röthung der membranösen Bogengänge, 2mal in Empyem, 1mal in völligem Verlust des knöchernen und häutigen Labyrinths und Ersatz durch fibröses Gewebe; bei den 3 Schläfenlappenabscessen waren makroskopisch die Labyrinthe frei geblieben. Der Warzenfortsatz war in allen Fällen erkrankt, 4mal mit Empyem, 3mal mit Cholesteatom, 2mal ohne äussere Anzeichen der Erkrankung. Im Allgemeinen waren die Symptome für Hirnabscesse so unbestimmt, dass nur 1 Schläfenlappenabscess mit Sicherheit diagnosticirt und genauer localisirt werden konnte, der einzige Fall, welcher operirt wurde; in einem Falle konnte ein Hirnabscess angenommen, aber nicht localisirt werden; 2mal liess

sich eine intracranielle Complication constatiren, während 3mal der durch die Section nachgewiesene Hirnabscess intra vitam überhaupt nicht vermuthet worden war. Der operirte Fall ist folgender: Bei einem 46jähr. Locomotivführer entwickelte sich langsam unter andauernd heftigen Kopfschmerzen mit Schwindel eine Anschwellung des rechten Warzenfortsatzes; rechtes Trommelfell geschwollen, mässig geröthet, nicht perforirt. Trotz Freilegung des grossen Empyems im Processus Fortdauer der Kopfschmerzen, nach einigen Tagen Symptome von Herderkrankung. Unter Annahme eines Schläfenlappenabscesses wurde die Operation ausgeführt und der Eiterherd getroffen; alsbald Nachlass der Somnolenz und Lähmung, doch bleibt eine Erweiterung der rechten Pupille, Schwäche des Facialis und des Gedächtnisses. Nach 2 Monaten Entlassung in die Heimat; dort schon am folgenden Tage Wiederauftreten der Lähmungen, Vorwölben der Operationsnarbe; nach Eröffnung derselben, wobei sich kein Eiter entleerte, kurze Besserung für einige Stunden, dann Exitus letalis. Section wurde nicht gemacht.

121. ***Tuberculöse Erkrankung des Gehörorganes.*** *Von Dr.* **Géza Krepuska**. *(Orvosi Hetilap. 1891. 37. — Pest. med.-chir. Presse. 1891. 51.)*

Krepuska theilt zwei Fälle mit. In einem Falle bestand eine — aller Wahrscheinlichkeit nach — primäre Miliartuberculose des Trommelfells mit einer bald darauffolgenden Caries des Felsenbeins. Im zweiten Falle hat Lues in der Nasen- und Rachenhöhle grosse Verheerungen angerichtet, die beiderseitige Erkrankung des Gehörorganes hingegen war durch Tuberculose verursacht. *Krepuska's* Diagnose wurde auch durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Zwar konnte *Krepuska* in keinem Falle in dem aus dem Ohre entleerten Eiter Tuberkelbacillen entdecken, aber im zweiten Falle fand er in dem der Nasenhöhle mittelst Sonde entnommenen Secret zahlreiche Bacillen. Ebenso positiv war in beiden Fällen der Befund in den aus dem Ohre entfernten Polypstücken. *Krepuska* zieht aus seinen Erfahrungen folgende Schlüsse: Die Tuberculose des Gehörorganes kann mehrere Formen annehmen. Die Tuberculose des Gehörorganes ist keineswegs eine so seltene Erkrankung, wie man es allgemein glaubt und wie es auch in den Lehrbüchern und statistischen Ausweisen heisst, vielmehr sind in dieser Richtung alle torpiden, und auf den Knochen übergreifenden chronischen Ohrenerkrankungen klinisch verdächtig. Bezüglich der Aetiologie der Polypen hat sich wiederholt die wichtige Thatsache ergeben, dass selbe in Folge eines in ihrem Innern wohnenden Parasiten wachsen, was mit anderen Worten so viel heisst, dass die productive Kraft jener Gewebstheile stärker sei, als die destructive der Mikroorganismen.

122. ***Acutes, gutartiges, infectiöses Larynxödem.*** *Von Dr.* **J. Garel.** *(Annal. des malad. de l'oreille et du larynx. 1891. 7. — Monatsschr. f. Ohrenhk 1891. 12.)*

Bei zwei 24jährigen jungen Leuten, welche öfter am Larynx litten, entstand acutes Larynxödem, welches in 4—5 Tagen seinen Höhepunkt erreicht hatte; gänzliche Unmöglichkeit zu schlucken. Im Urin kein Albumen. Das Laryngoskop gibt ein ganz verschiedenes Bild von dem Larynxödem, welches zur Eiterung führt: Das

Oedem ist weich, zitternd wie Gelée, durchsichtig gelbviolett; das phlegmonöse Oedem ist bekanntlich hart, dunkelroth, undurchsichtig. Prognose immer ernst, wenn man nicht gleich operiren will. Das Bild sieht dem von *Massei* als primäres Larynxerysipel beschriebenen ganz ähnlich und kann man beide Namen unter dieselbe Rubrik bringen. Am besten thun Bepinselungeu mit reiner Jodtinctur; vorher muss man mittelst Cocain die Schleimhaut unempfindlich machen.

123. ***Ueber die therapeutische Verwerthung der Borsäure nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat.*** *Von Dr.* **Jaenicke.** *(Ther. Monatsh. 1891. September. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1891. 12.)*

Nach den Untersuchungen des Autors ist die eigentliche pilztödtende Kraft der Borsäure eine sehr geringe, dagegen um so grösser ihre Fähigkeit, die Lebensäusserungen der Spaltpilze, speciell die Vermehrung und die Erzeugung giftiger Stoffwechselproducte zu unterdrücken. Um das auch durch seine Reizlosigkeit vor vielen anderen ausgezeichnete Mittel in stärkerer Lösung bei gewöhnlicher Temperatur zu verwenden, als bis jetzt möglich war (4%), bemühte sich der Autor, ein Borsäurederivat zu finden, welches bei gleicher entwicklungshemmender Kraft eine grössere Löslichkeit besässe. Dies gelang durch Erhitzen gleicher Theile Borsäure, Borax und Wasser bis zum Sieden, worauf nach dem Erkalten die neutral reagirende Borsäure-Boraxverbindung auskrystallisirt. Dieser Körper löst sich bei Zimmertemperatur zu etwa 16%, bei Blutwärme zu mehr als 30%, bei Siedetemperatur bis über 70%; da derselbe sich bei gewöhnlicher Temperatur nur sehr langsam auflöst, ist es zweckmässig, auch die 16% Lösungen unter Zuhilfenahme der Siedehitze herzustellen, etwa 1 Theil des Borpräparates auf 4 Theile Wasser, während man für stärkere Lösungen gleiche Theile erhitzt. Verf. hat von der Anwendung der meist 16%igen Lösung bei Ohreneiterungen (wie auch bei Behandlung von inficirten Wunden) sehr günstige Erfolge gesehen.

124. ***Zur Aetiologie und Prognose der Augenmuskellähmungen.*** *Von Dr.* **K. Liebrecht**, *Augenarzt in Halle a. S. (München. med. Wochenschr. 1891. 24. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1891. December.)*

Verf. fand unter 25.000 Patienten der *Schöler*'schen Klinik 312 Fälle von Augenmuskellähmung. 70 von diesen Fällen sind so lange in Behandlung geblieben, dass betreffs Aetiologie und Prognose genauere Daten vorliegen und es fand sich nun, dass trotz genauer, speciell nervenärztlicher Untersuchung und lange fortgesetzter Beobachtung nur 64% ätiologisch aufgeklärt werden konnten, während 36%, also über ein Drittel der Fälle, unaufgeklärt blieben. Verf. ist nun der Ansicht, dass bei dergleichen unaufgeklärten Fällen, die gewöhnlich als idiopathisch registrirt werden, es sich keineswegs um eine locale idiopathische Erkrankung einzelner Nerven handle, sondern dass auch bei diesen Fällen die gleichen Allgemeinleiden die Grundursache bilden, wie bei den aufgeklärten Fällen. Dies beweise die Uebereinstimmung der Prognose betreffs der relativen Zahl der Heilungen und Nichtheilungen in Betreff der Dauer der Heilung der heilbaren Lähmungen bei den ätiologisch

aufgeklärten und nicht aufgeklärten Fällen. Die Zahl der unaufgeklärten Fälle werde auch sicher immer mehr abnehmen, je grösser unsere Kenntniss auf dem Gebiete der Neurologie würde und je länger wir den Patienten nach der ersten Consultation noch zu beobachten Gelegenheit hätten.

125. ***Ein Beitrag zur Hemeralopie und zur Xerosis conjunctivae epithelialis.*** *Nach einem Vortrage von **Uhthoff**. (Berlin. klin. Wochenschr. 1890. 28. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1891. Dec.)*

Uhthoff bringt einen neuen Beitrag zur Aetiologie dieser Affectionen durch die Mittheilung, dass unter 1500 von ihm im Laufe des letzten Jahres untersuchten geisteskranken Männern der kgl. Charité in 27 Fällen Hemeralopie resp. Xerosis conj. constatirt werden konnte, und dass es sich in denselben fast ausschliesslich um solche Patienten handelte, welche an chronischem Alkoholismus litten; nur in drei dieser Fälle war Potatorium nicht vorhanden, die übrigen aber machten rund 5% der unter den untersuchten Geisteskranken überhaupt vorhandenen Potatoren aus. Dem gegenüber kamen unter 3000 untersuchten weiblichen Geisteskranken nur ganz vereinzelte Fälle von Xerosis und Hemeralopie zur Beobachtung und unter circa 1000 Nervenkranken diese Störungen fast niemals vor. *Uhthoff* glaubt daher, dass für das Zustandekommen derselben der Alkoholismus einen wichtigen ätiologischen Factor bildet, dessen Einfluss wenigstens in einem Theile der Fälle ein ganz directer ist, da gastrische Erscheinungen, mangelhafte Nahrungszufuhr oder Leberleiden als Folgen des Alkoholismus nur in verhältnissmässig wenigen dieser Fälle beobachtet wurden. Andererseits fand sich 6mal unter ihnen der pathologische ophthalmoskopische Befund einer Abblassung der temporalen Papillentheile (4mal mit [centrale Scotome], 2mal ohne Intoxicationsamblyopie), ausserdem noch in 3 Fällen Amblyopie, ohne ophthalmoskopischen Befund. *Uhthoff* schliesst daraus, dass in diesen Fällen der Alkoholismus in ganz besonders intensiver Weise schädlich eingewirkt habe. Uebrigens fand sich Xerosis conjunctivae mit Hemeralopie zusammen nur in 7 Fällen vor, Hemeralopie allein in 3, die übrigen Fälle einschliesslich derer, bei denen Alkoholismus nicht vorhanden war, zeigten nur die Xerose. Diese bot in allen Fällen das bekannte Bild der *Bitot*'schen Flecke, wenngleich die eigentliche typische Dreieckform mit nach aussen gerichteter Spitze nur relativ sehr selten ausgesprochen war.

Dermatologie und Syphilis.

126. ***Zwei Fälle von Syphilis.*** *Von **W. F. Temple**. (Boston. med. and. chir. Journ. 1891. 2. Juli. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 152.)*

Verf. schildert zuerst die Krankengeschichte eines jungen Mädchens, welches unter Fieber, grosser Prostration, Muskel- und Halsschmerzen erkrankte und zwei weiche Ulcerationen von der Grösse eines kleinen Fingernagels — die eine an der Ober-, die andere an der Unterlippe — aufwies. Im Anschluss an das untere Geschwür bildete sich ein vereiternder Submaxillardrüsenbubo, der

incidirt werden musste. Das Ulcus an der Oberlippe indurirte und war von einem papulösen Exanthem gefolgt. Am harten Gaumen links von dem vorderen Zungengaumenbogen bestand gleichfalls ein scharf geschnittenes Ulcus, das auf den entblössten Knochen führte, wie die Sondenuntersuchung ergab. Die Diagnose lautete: Ulcera mollia labii inferioris et palati duri. Bubo submaxillaris. Lues. Als mögliche Ursache wurde Infection durch einen Kuss des Bräutigams der jungen Dame angesehen. Die allgemeine Behandlung der Lues wurde erst nach Eintritt der Allgemeinsymptome begonnen und bestand in internem Sublimatgebrauch ($^1/_3$ Grm. pro Tag). In dem zweiten Falle gingen dem Ausbruch eines syphilitischen Exanthems sehr heftige, bis zum Delirium sich steigernde Kopfschmerzen, heftige Gelenkschmerzen, die einen acuten Gelenkrheumatismus vortäuschten, Augen- und Gehörsstörungen voraus.

127. ***Syphilitische Pseudo-Reinfection.*** *Von* **Molènes.** *(Annal. de Dermat. et Syph. 1891. 5. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 150.)*

Molènes wird von einem Patienten consultirt, der 28 Jahre alt, ein Geschwür auf der Tonsille mit multipler Cervicaldrüsenschwellung darbietet, das als syphilitischer Initialaffect erklärt wird. Patient setzt dieser Diagnose die Behauptung entgegen, er hätte bereits vor 3 Jahren ein Geschwür im Sulcus coronarius, eine leicht juckende Roseola, die nach einigen Monaten recidivirte, gehabt und sei für syphilitisch erklärt worden. Nichtsdestoweniger entwickelt sich aus dem Geschwüre an der Tonsille typische secundäre Syphilis, Roseola, Psoriasis palmae et plantae etc., die mehrfach recidivirt. Einige Zeit später kommt Patient mit einem leicht juckenden Erythem, erklärt dasselbe der Roseola seiner ersten Syphilis gleich. Dasselbe stellt sich als Antipyrinexanthem heraus, auch hat Patient damals zur Zeit seiner ersten Roseola und Recidive gegen Migräne Antipyrin genommen. Es hatte sich also bei der ersten „Syphilis" um eine irrthümliche Diagnose gehandelt.

128. ***Ueber einen Fall von tardiver Hereditärsyphilis der Lunge.*** *Von* **Linguiti.** *(Gl'Incurabili. 1890. Fasc. 22—23. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 176.)*

Der Fall betrifft ein 18jähriges Mädchen, welches, nachdem es in frühester Kindheit an verschiedenen hereditär-luetischen Manifestationen gelitten hatte, vor drei Jahren an einer Lungenaffection erkrankte, welche vom behandelnden Arzte als Broncho-Alveolitis diagnosticirt wurde. Im Verlaufe der Krankheit stellten sich wiederholt hämoptoïsche Anfälle ein, die Kranke fieberte continuirlich und magerte derart ab, dass jede Hoffnung auf Genesung ausgeschlossen schien. Die Untersuchung der Brustorgane ergab an der rechten Lungenspitze eine Caverne, welche vorne bis zur zweiten, rückwärts bis zur sechsten Rippe herabreichte. *Linguiti* hebt hervor, dass die physikalischen Erscheinungen der syphilitischen Pneumonie sich mit jenen der Lungentuberculose vollkommen decken können, er weist nach, dass syphilitische Läsionen sowohl im Ober- als auch im Mittel- oder Unterlappen zur Entwicklung kommen, dass sie sowohl uni- als auch bilateral sein können. Er zeigt, dass Lungensyphilis fast regelmässig von Fieber und nicht selten von Bronchial-

blutungen begleitet ist. Ferner betont er, dass wir in der specifischen Therapie ein differentialdiagnostisches Criterium zwischen Pulmonalsyphilis und Tuberculose besitzen, welches Criterium uns jedoch bisweilen im Stiche lasse, da bei sehr vorgeschrittener, durch den Zerfall eines Gummas bedingter Zerstörung des Lungenparenchyms eine Restitutio ad integrum nicht mehr möglich sei. Für Syphilis und gegen Tuberculose sprechen ferner nach *Linguiti* das Fehlen von Tuberkelbacillen im Auswurfe, die erfolglose Verimpfung des Sputums auf Kaninchen, das Vorhandensein anderweitiger tertiär-luetischer Erscheinungen und schliesslich die Constatirung einer vorhergegangenen Syphilisinfection, wobei jedoch berücksichtigt werden müsse, dass auch ein luetisches Individuum an Lungentuberculose erkranken könne. Auf Grund der eben aufgezählten differentialdiagnostischen Merkmale gewann *Linguiti* die Ueberzeugung, dass seine Kranke an Lungensyphilis litt. Durch die nun eingeleitete specifische Behandlung wurde die Kranke in vier Monaten vollkommen geheilt.

129. ***Beitrag zur Aetiologie des Morbus gallicus.*** *Von Dr.* ***Rassler.*** *Inaug.-Dissertat. Kiel 1891. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 155.)*

Rassler hat sich der Aufgabe unterzogen, die in den letzten 12 Jahren an der medicinischen Klinik zu Kiel behandelten 630 Fälle von Syphilis daraufhin zu sichten, wie viele davon eine extragenitale Infection und besonders die häufigste Art derselben, von den Lippen oder der Mundschleimhaut, zeigten. Es waren dies 34 Fälle, von denen dreiundzwanzigmal der Primäraffect an den Lippen, ein-, resp. zweimal an der Zungen- oder Mundschleimhaut, dreimal an der Mamma und dreimal, ohne dass Coitus stattgefunden hatte, an den Genitalien sass, während zweimal der Sitz nicht genau nachzuweisen war. Es fallen also hiernach über 5% der Syphiliserkrankungen einer extragenitalen Infection zur Last, Zahlen, die übrigens bei den einzelnen Autoren zwischen 1—10% schwanken und nur nach russischen Angaben in gewissen Gegenden Russlands die enorme Zahl von 80—90% betragen.

130. ***Beitrag zur Diagnose und Prognose der Hirnsyphilis.*** *Von Dr.* ***Otto Harmsen.*** *Inaug.-Dissertat. Berlin. (Arch f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 163.)*

Der besonders von *Naunyn* hervorgehobene Mangel von zahlreichen casuistischen Mittheilungen hinsichtlich der Prognose der Hirnlues bewog *Harmsen*, neun während eines Zeitraumes von 1 bis 2 Jahren in Beobachtung gebliebene Fälle aus der Nervenklinik der Charité mitzutheilen. Die Hauptsymptome bestanden bei den meisten Patienten in Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindelgefühl, bei einigen traten Facialis-Oculomotoriuslähmung, Aphasie, Hemiplegie auf. In einem Falle (IX) stellte sich mehrere Jahre nach der luetischen Infection Polydipsie und Polyurie ein, denen bald schwerere Hirnsymptome folgten. Im Beobachtungsfalle V ist auffallend, dass schon 2 Jahre nach der syphilitischen Infection ausser Kreuz-, Gelenk- und Kopfschmerzen Störungen des Sensoriums und Erbrechen sich einstellten. Fast alle Fälle wurden durch gründliche antiluetische Curen geheilt, am eclatantesten trat der Erfolg der Behandlung im Falle I ein, wo der Kranke sich früher noch nie-

mals einer Hg-Cur unterzogen hatte. Hervorzuheben ist, dass häufig (Fall III) eine zeitweilige Störung der Pupillenreaction das erste und einzige für Hirnlues zu verwerthende Symptom sein kann, wie *Oppenheim* schon früher betont hat.

131. ***Ueber die locale Anwendung der Chromsäure in der Behandlung der syphilitischen Affectionen der Mundhöhle.*** *Von Dr.* **Ernst Feibes**, *Specialarzt in Aachen. (Ther. Monatsh. 1891. November.)*

Verf. rühmt die Wirkung der Chromsäure bei Behandlung der localen Schleimhautsyphilide. Plaques opalines mit Chromsäurelösung 1 : 2 touchirt, heilten in 2—3 Tagen, ebenso zerfallene Gummaknoten an den Rändern der Zunge. Die specifische Lingua geographica wird durch keine Behandlung so günstig beeinflusst wie durch diese. Die Zunge wird mit Watte recht sorgfältig getrocknet und durch solche isolirt, alsdann mit einem Pinsel concentrirteste Chromsäurelösung aufgetragen und einige Minuten wirkend gelassen, endlich mit essigsaurer Thonerdelösung gespült. Nach drei Tagen hat sich stellenweise die necrotisch gewordene Deckschicht abgestossen und lässt die normal gefärbte Zunge erscheinen. Bis zur vollständigen Heilung waren noch weitere fünf Applicationen in etwa 14 Tagen nothwendig. Zum Schlusse schildert Verf. die von ihm angewendete Behandlung der mercuriellen Stomatitis. Dieser Process fängt, wie schon *A. Fournier* betont, an den hintersten Backenzähnen der Seite an, auf welcher der Patient während der Nacht schläft. Hat man nun, mit diesen Zähnen anfangend, gründlich gereinigt, so nimmt man eine mit Watte bewickelte Knopfsonde, taucht sie in concentrirte Chromsäurelösung und geht mit dieser nochmals gründlich zwischen Zahn und Zahnfleisch ein. Bei sehr empfindlichen Patienten pinselt man zuerst mit Cocaïn. Nachdem mit Chromsäure touchirt wurde, lässt *Feibes* dem Patienten nach etwa 2—3 Minuten mit angesäuertem Chloroformwasser spülen, um den Ueberschuss und den schlechten Geschmack zu entfernen. Verf. hat in Folge dieser Behandlung nie Vergiftungserscheinungen bei seinen Patienten beobachtet. Das vom Verf. während der Schmiercur verordnete Zahnpulver hat folgende Zusammensetzung:

Rp. *Calc. carbon. praecip. dep.*
Lapid. pumic. subtil. pulv.
Kal. chloric.
Cort. Chin. rubr. pulv. aa. 16·0
Pulv. rad. Ratanh. 10·0
Sapon. medic. 23·0
Ol. Menth. pip. 3·0
M. f. pulv. subt. terendo.

Als Gurgelwasser:

Rp. *Sol. Alum. acet. 10·0 : 200·0*
Aq. flor. aurant. 200·0

DS. 1 Esslöffel voll auf ein Glas Wasser zum halbstündl. Gurgeln.

Tritt eine Empfindlichkeit des Zahnfleisches ein, so pinselt Patient 3stündlich mit:

Rp. *Tinct. Myrrh.*
Tinct. Gallar.
Tinct. Ratanh. aa. 5·0.

O. R.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

132. ***Vasotonische Centren in den Thalami.*** Von Dr. **Ott.** *(Journ. of nerv. and ment. diseases. 1891. August. — Wien. klin. Wochenschr. 1891. 53.)*

Ott fand bei seinen an ätherisirten Kaninchen angestellten Experimenten, dass Stiche in die Corpora striata häufig, jedoch nicht immer, die arterielle Spannung erhöhten. Wurde die vordere Hälfte eines jeden Thalamus eingeschnitten, so sank der Blutdruck constant und verblieb immer unter der ursprünglichen Höhe, desungeachtet erlitt die Pulsfrequenz keine oder nur eine unbedeutende Aenderung, desgleichen zeigte die Respiration weder in Bezug auf Frequenz, noch Tiefe eine wahrnehmbare Veränderung. Die Abtragung der Rinde über den Einstichstellen bewirkte keine Abweichung von den früheren Resultaten. Faradische Reizung der blossgelegten Corpora striata erzeugte eine geringe Erhöhung des Blutdruckes, ebenso bewirkte die Reizung der Thalami ein rasches Ansteigen desselben. Auf Grund dieser Thatsachen glaubt *Ott* den Thalami einen vasomotorischen Einfluss tonischer Natur zuweisen zu können, sowie im Gegentheile ein Einschnitt genau über dem Pons die Arterienspannung herabsetzt. Er hält es für wahrscheinlich, dass gewisse periphere Nerven zu den vasotonischen Centren der Thalami in Reflexbeziehung stehen, die eine tonische Wirkung auf das vasomotorische Hauptcentrum ausüben.

133. ***Die chemische Reizbarkeit der Leukocyten und deren Beziehung zur Entzündung und Eiterung.*** Von **H. Buchner.** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1890, pag. 1084. — Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 1891. Heft 4.)*

Verf. berichtet über seine Versuche betreffend den chemotactischen Einfluss verschiedener chemischer Substanzen auf die Leukocyten. Die von *Buchner* dargestellten Bacterien-Zell-Proteine wirkten sämmtlich anlockend auf die Leukocyten, namentlich die Zell-Proteine des *Friedländer*'schen Pneumobacillus, der Pyocyaneus, des Typhusbacillus. Dagegen wirkten reine Zersetzungsstoffe, wie buttersaures und valeriansaures Ammoniak (1%), Trimethylamin (2%), Tyrosin (1%), Harnstoff (5%), Skatol (1%) u. s. w. negativ, d. h. abstossend auf Leukocyten. Einige derartige Stoffe verhielten sich indifferent. Glutäncaseïn, aus Weizenkleber dargestellt, verhielt sich stark leukocytenlockend, ebenso Weizenmehl- und Erbsenmehlbrei („Betheiligung der Leukocyten bei der Resorption dieser Stoffe"). Umwandlungsproducte thierischer Gewebe, wie Leim, Gelatine, Alkalialbuminat aus Fleisch dargestellt und Hemialbumose wirkten stark anlockend, Pepton aber nicht. Schliesslich gibt Verf. eine Theorie der Eiterung, nach welcher nur die Zellbestandtheile zu Grunde gehender Bacterien, nicht die Producte im Wachsthum befindlicher Mikroorganismen Eiterung erzeugen durch Leukocytenanlockung. Die Eitersammlung entsteht dadurch, dass die Leukocyten nicht (wie bei Resorptionsvorgängen) zurückwandern können, sondern unter dem schädigenden Einflusse der Bacterienproteine fettig zu Grunde gehen. Durch Versuche an

Collegen, die sich freiwillig dazu verstanden, stellte Verf. fest, dass das Protein des Bacillus pyocyaneus und auch das Glutäncasein erysipelatöse Processe bedingen, welche alle alten Phänomene der Entzündung (Tumor, Rubor, Calor) aufweisen. Von der zweckbewussten Verwendung derartiger bacterienfreier Entzündungen zu Heilzwecken verspricht Verf. sich die Möglichkeit, neue Erfolge zu erzielen.

134. ***Ueber Pneumotyphus.*** *Von Dr.* ***Vogel.*** *Inaug.-Dissertat. Berlin 1890. (Centralbl. f. klin. Med. 1891. 43.)*

Bei 9 Kranken mit Pneumotyphus der *Gerhardt*'schen Klinik, deren Geschichte Verf. genau auseinandersetzt, zeigten sich folgende Erscheinungen (8 geheilt, 1 Todesfall): Beginn der Erkrankung allmälig, so dass erst mehrere Tage nach den ersten Anzeichen das Bett aufgesucht wurde, in 6 Fällen Frost, bei 3 Kopfschmerzen, Schwindel, Mattigkeit, Appetitlosigkeit. Zuerst bestand Zeichen der Pneumonie, Auswurf bei 7 Kranken, bei 2 rostbraun. Bereits früh zeigten sich daneben die Erscheinungen des Ileotyphus, ausser von Seiten des Nervensystems, Milzschwellung, Durchfall, Leibschmerzen, Roseola, 8mal Diazoreaction des Urins. Die Pneumonie ging meist unbemerkbar zu Ende, 1mal trat ein Rückfall auf, 1mal — wenn auch nicht ganz reine — kritische Entfieberung, 1mal Pseudokrise; in den anderen Fällen zeigte die Temperatur das für Typhus kennzeichnende Verhalten. Das Alter der Kranken betrug bei 8 derselben 17—29, bei 1 38 Jahre. Die Prognose der Krankheit ist wohl eine ziemlich günstige, die Behandlung kräftigend und abkühlend. Ob das Zusammentreffen beider Erkrankungen bei einem Individuum auf primärer atypischer Localisation des Typhusgiftes oder einer Mischinfection beruht, ist noch nicht sicher festgestellt.

135. ***Untersuchungen über das Vorkommen der Typhusbacillen im Harn.*** *Von* ***Karlinsky.*** *(Prag. med. Wochenschr. 1891. 35 u. 36. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 7.)*

Unter 44 Typhusfällen lieferte die bacteriologische Untersuchung des Harns auf Typhusbacillen bei 21 Fällen ein positives Ergebniss, u. zw. waren dies Fälle, in denen dauernd Eiweiss im Harn nachgewiesen werden konnte; in Fällen mit vorübergehender Albuminurie fehlten die Bacillen regelmässig. Die Typhusbacillen lassen sich im Harn viel eher nachweisen, als im Kothe der Kranken; während nach Verf.'s bisherigen Untersuchungen die Typhusbacillen im Koth nie vor dem neunten Krankheitstage nachgewiesen werden können, gelingt der Nachweis derselben im Harn oft schon am dritten Krankheitstage. Es kann somit dem bacteriologischen Nachweis der Typhusbacillen im Harn der Werth eines diagnostischen Merkmales nicht abgesprochen werden.

136. ***Die Verdauungsfermente beim Embryo und Neugeborenen.*** *Von Privatdoc. Dr.* ***J. Kruger,*** *Dorpat. Wiesbaden 1891.*

Die einschlägigen Fragen beantwortet Verf. auf Grund der Untersuchung zahlreicher Rinder- und Schafsföten, sowie neugeborener Hunde und Katzen. Zur Extraction der Fermente bediente er sich des von *Salkowski* empfohlenen Chloroformwassers. Peptische Fähigkeit wurde durch das Einbringen kleiner Stückchen von

Caseïn, gekochten Fibrins und Hühnereiweiss in das Verdauungsgemisch geprüft, wobei er es jedoch unterliess, die Menge der gebildeten Peptone zu ermitteln. Verf. fand, dass Spuren diastatischen Fermentes in den Speicheldrüsen bei Rinderföten schon vom siebenten Monate ab nachzuweisen sind, dass jedoch auch beim neugeborenen Kalbe nur eine so geringe Menge desselben vorhanden ist, dass dem Ptyalin zu dieser Zeit noch keine Bedeutung bezüglich der Verdauung der Nahrung zuzuschreiben ist. Die Pepsinbildung beginnt beim Rind- wie Schafsfötus schon im dritten Monat und hat beim neugeborenen Thiere schon eine beträchtliche Stärke erreicht, ebenso bei neugeborenen Hunden und Katzen. Auffallend erscheint, dass das Caseïn von sämmtlichen Neugeborenen verdaut wird, und zwar in einem ziemlich gleichen Verhältnisse in Bezug auf die Verdauungsgeschwindigkeit durch den Magensaft der erwachsenen Thiere. Dagegen fehlt nach seinen Untersuchungen die Salzsäure vollständig und wird bei der Magenverdauung durch die aus der Milch sich bildende Milchsäure ersetzt. Der Neugeborene weist demnach eine seinem Bedürfnisse entsprechende Magenverdauung auf. Unter den Pancreasfermenten erscheint das Trypsin am frühesten; erst in der zweiten Hälfte der Tragzeit und in geringer Menge das diastatische und fettzerlegende Ferment. Beim neugeborenen Thiere haben sie bereits eine nicht zu unterschätzende Intensität erreicht; jedoch ist das diastatische relativ am wenigsten ausgeprägt. Der Darmschleimhaut kommt nur die Rolle einer resorbirenden Fläche zu.

137. ***Ueber die intra-uterine Uebertragung pathogener Bacterien.*** *Von Dr.* **O. Lubarsch**, *Zürich. (Virchow's Arch. Bd. CXXIV. Heft 1. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 43.)*

Verf. legt bei seinen Untersuchungen — im Gegensatz zu der Mehrzahl der früheren Bearbeiter dieses Themas — das Hauptgewicht auf die genaue mikroskopische Durchmusterung der Föten auf Serienschnitten. Culturversuche wurden in geringerer Zahl von ihm unternommen. Bei weissen Mäusen und Ratten konnte ein Uebergang von Milzbrandbacillen von der Mutter auf den Fötus niemals gefunden werden. Bei Kaninchen wurde unter 7 Fällen 3mal mit Sicherheit Uebergang von Milzbrandbacillen auf den Fötus constatirt. Bei Meerschweinchen fand sich unter 19 Versuchen 7mal ein sicherer Uebergang der Bacillen, 1mal ein zweifelhafter. Von 3 Versuchen mit Diplococcus pneum. lieferten 2 bezüglich des Ueberganges der Organismen auf den Fötus ein positives Resultat. Als Ursache des Ueberganges kann Verf. die von anderen Autoren mehrfach erwähnten Placentarblutungen nicht ansehen, da er sie in der Mehrzahl seiner Fälle vermisste und gelegentlich auch beobachtete, ohne dass ein Uebergang stattgefunden hätte. Er nimmt vielmehr an, dass der Uebergang durch ein Einwachsen der Bacillen in die fötale Blutbahn, und zwar durch die Zottenepithelien hindurch zu Stande komme. Der Uebergang geschieht nach ihm, „obgleich den Milzbrandbacillen die Fähigkeit zukommt, durch Epithelien hindurch in die Blutbahn einzuwachsen“, in der Placenta deshalb so selten, „weil die Bacillen theils überhaupt nur eine sehr kurze Zeit in der Placenta vegetiren, theils aber bei der betreffenden Thierart nur eine sehr mässige Vermehrung erfahren“.

In einer Schlussbemerkung wendet sich Verf. gegen den Ausdruck „Vererbung einer Infectionskrankheit“ und führt mit Recht aus, dass die Uebertragung pathogener Bacterien von Mutter auf Kind als „Metastasen in einen anderen Organismus“, die Uebertragung durch den Samen oder das Ei als „durch die Keimzellen vermittelte Infection“ anzusehen seien. Dass bei chronischer Tuberculose eine Uebertragung der Bacillen von der Mutter auf die Kinder stattfinden könne, hält er für sehr unwahrscheinlich.

138. ***Ueber die Verwendung von Blutegelextract bei der Transfusion des Blutes.*** *Von Prof.* **Landois**. *Greifswalder med. Verein. (München. med. Wochenschr. 1891. 50.)*

Die mehr als zweifelhafte Kochsalzinfusion sei an Stelle der Transfusion getreten aus übertriebener Furcht vor der schädlichen Wirkung des Fibrinfermentes bei der Anwendung defibrinirten Blutes. Das zuerst von *Haycraft* dargestellte Infus aus Blutegelköpfen hebt aber die Gerinnung des Blutes auf, wie im hiesigen physiologischen Institut angestellte Versuche bestätigen, die zugleich die Verwendbarkeit des Präparates bei der Transfusion erproben sollten. Es wurde zu diesem Zwecke 1. das Präparat Kaninchen in die Vena jugularis infundirt, nach einiger Zeit das Blut aus den durchschnittenen Halsgefässen entleert und ohne dass Gerinnung eingetreten war, einem anderen Kaninchen transfundirt. 2. Frisch entleertes Kaninchenblut in einer Schale mit dem Infus gemischt, wurde gleichfalls gerinnungsfrei transfundirt. 3. Gelangte das Blut unmittelbar vorher vollgesogener und sodann aufgeschnittener Egel zur Verwendung. Die Thiere, an denen die Transfusion gemacht war, zeigten niemals Symptome einer Schädigung oder einer etwa später aufgetretenen Auflösung des transfundirten Blutes. Es muss nun noch festgestellt werden durch weitere Versuche, ob das Mittel für Thiere und Menschen selbst ohne schädliche Wirkung ist, dann wird sich die Verwendung desselben für die Transfusion empfehlen lassen. Unter dem Einfluss dieses Mittels bleibt die Structur der Blutkörperchen in allen Details erhalten. Die Wirkung des Mittels dauert jedoch nur einige Zeit, nach Ablauf derselben würden die rothen Blutkörperchen des Thieres oder Menschen zur Auflösung kommen.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

139. ***Untersuchungen von Wein.*** *Jahresbericht des Berliner Untersuchungsamtes pro 1889/90. (Deutsch. Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege 1890.)*

Angesichts der zahlreichen Anpreisungen von angeblich echtem Tokayerwein und angesichts ferner der Thatsache, dass der letztere ungemein oft Kranken verordnet wird, dürfte eine Mittheilung des Berliner Untersuchungsamtes über das Ergebniss einer Untersuchung von acht Proben solchen Weines nicht ohne allgemeines Interesse sein. Jenes Amt hat auf Grund seiner Analysen das Gutachten dahin abgegeben, dass zwar sämmtliche Weine aus Wein- und Trockenbeeren dargestellt wurden, dass es aber

nicht möglich sei, durch die chemische Analyse festzustellen, von wo dieser Wein und diese Trockenbeeren ursprünglich herstammen. Der Handelskammer zu Kaschau war von den nämlichen Weinen je eine Flasche zur Ausstellung von Kostproben übersendet worden. Das von einer ad hoc niedergesetzten Commission abgegebene Gutachten äussert sich über die Weine, wie folgt: Probe 1. Kein Tokayer-Hegyaljaer, sondern ein versüsster Wein. Probe 2. Ein versüsster und seines Charakters entkleideter Tokay-Hegyaljaer Wein. Probe 3. Ein durch Manipulation seines Charakters entkleideter Wein. Probe 4. Ein durch irrationelle Kellergebarung, eventuell durch Hinzugabe verschiedener Ingredienzen seines Tokay-Hegyaljaer Charakters beraubter Wein. Probe 5. Kein Tokay-Hegyaljaer Wein. Probe 6. Durch unrichtige Manipulation seines Charakters beraubter Tokay-Hegyaljaer Wein. Probe 7. Mit Cibeben versüsster Wein, ohne Tokay-Hegyaljaer Charakter. Probe 8. Tokay-Hegyaljaer Wein, der durch die Behandlung seinen Charakter eingebüsst hat.

140. ***Ueber die ätiologischen Verhältnisse und die Verbreitung des Kropfes in Norwegen.*** *Von Dr.* ***Johannessen.*** *(Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XIX. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 49.)*

Vornehmlich sind es die Landschaften um den Mjöse-, den Randsfjord- und den Tyrifjordsee, welche in Norwegen durch die Häufigkeit des Vorkommens der Kropferkrankung ausgezeichnet sind. Verf., welcher eingehend in diesen Gegenden die Kropfkrankheit studirte, fand, dass die überwiegende Anzahl der Erkrankungen im Kindesalter entstanden waren. Schwangerschaft und Puerperium hatten keinen deutlich nachweisbaren Einfluss. Es ist nicht selten, dass Leute, welche aus jenem District verzogen, ihren Kropf verloren oder gebessert wurden; umgekehrt kann sich der Kropf auch entwickeln bei Individuen, die in jene Gegenden einwandern. Die Wasseruntersuchung ergab kein besonders hervortretendes Resultat; in mehreren Kropfbrunnen wurden allerdings Naviculaarten gefunden, sowie auch Eucyonema, die von *Bircher* in ausgeprägten Kropfbrunnen in der Schweiz beobachtet worden sind. Aetiologisch sehr interessant ist die Thatsache, dass Verf. eine auffällige Coincidenz constatirte zwischen der Verbreitung des Kropfes und gewissen Verhältnissen des Erdbodens, nämlich den silurischen Formationen, besonders dem unreinen Kalkstein und Thonschiefer.

141. ***Ueber Bildungsanomalien der Ohrmuschel.*** *Dissertation von* ***Petrona Eyle.*** *Zürich 1891. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1891. 24.)*

Die Resultate des ersten Theiles der umfangreichen Untersuchungen und Zusammenstellungen *Eyle's* basiren auf dem Krankenmaterial von Privatdocent *Rohrer* in Zürich, unter dessen Leitung diese Dissertation ausgearbeitet wurde. — Eine 2. Zahlenreihe betrifft 100 zu diesem Zwecke von *Rohrer* und *Eyle* untersuchte Sträflinge des Züricher Zuchthauses. Bei den 3000 Personen der ersten Untersuchungsreihe fanden sich circa 790mal Anomalien verschiedener Art, welche in Bildungshemmungen, Bildungsexcesse, Pigmentanomalien und Hypergenesien eingetheilt werden. — Bei den 100 Verbrechern wurden 1173 Bildungsanomalien gefunden,

worunter am häufigsten abnormes Abstehen der Concha (93mal). Bei keinem einzigen dieser Individuen fand sich eine ganz normale Ohrmuschel, ein Resultat, welches insofern eine Bestätigung der Ansichten von *Lombroso*, *Gradenigo*, *Fränkel*, *Knecht* und *Wildermuth* bildet, als auch diese Forscher Abnormitäten an den Ohrmuscheln von Verbrechern auffallend häufig fanden. Die Combination vom Abstehen der Ohrmuschel, mit mangelhaft entwickeltem Lobulus, weiter und flacher Concha und eine horizontale Lage des Antitragus bedingt nach *Eyle* einen Ohrtypus, welcher bei den Verbrechern besonders charakteristisch zu sein schien.

142. ***Zur Verbreitung der Influenza im schweizerischen Gebirge.*** *Von Dr.* ***J. Seitz.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1891. 51. — Wien. med. Wochenschr. 1891. 52.)*

Ruhemann kommt zum Schlusse, dass nicht der menschliche Verkehr, sondern die Luftströmung die Influenza weitertrage. *Seitz* gelangt zu anderen Resultaten. Im Glarnerlande waren die letzten bewohnten Terrassen stark durchseucht, bedingt durch 5 Bahnzüge, welche täglich durch das ganze Thal gehen und einen lebhaften Verkehr vermitteln. Der Julierpasshöhe (2287 M.) wurde die Epidemie durch den Postverkehr zugeführt. Nach Davos verschleppte ein Curgast die Krankheit; von hier wurde sie weiter verbreitet. Auf die Grimsel kam seit Anfang December 1889 kein Mensch. Einer der dortigen Winterwächter besuchte seinen Nachbar in Guttannen, welcher sich in Bern mit Influenza inficirt hatte und bettlägerig war. Auf den Berg zurückgekehrt, erkrankte der Wächter und steckte dann auch seinen Genossen an. Auf dem Säntis (2304 M.) blieb Alles gesund, weil während der ganzen Epidemiezeit Niemand in's Thal ging. Für die Infection der schweizerischen einsam wohnenden Winterwächter erwiesen sich besonders die Sonntage verhängnissvoll, da die Wächter an diesen Tagen Besuche in inficirten Orten machten. Der Wächter von Eggishorn (2193 M.) blieb so lange verschont, bis er in seinem Wohnorte Martisberg, wo die Influenza grassirte, einen Besuch abstattete. Auf dem grossen St. Bernhard (2274 M.) erkrankten von 22 Winterbewohnern 21, was durch den ziemlich lebhaften Verkehr, der auch im Winter dort herrscht, erklärlich ist. Auf dem Rigi (1800 M.) überwinterte eine kleine Colonie. Ein Maler kam von Luzern hinauf und „von da an begann die Leidensgeschichte". Von den Winterwächtern erkrankten nur Jene, welche der Ansteckung ausgesetzt gewesen waren.

143. ***Die Uebertragung des menschlichen Spulwurms.*** *Von Dr.* ***Epstein.*** *(Prag. med. Wochenschr. 1891. — Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1891. 24.)*

Die Frage, ob die Eier der Ascaris lumbricoides sich im menschlichen Darm entwickeln können, oder ob es zur Infection eines Zwischenwirthes bedarf, wurde durch *Epstein* gelöst. Es wurden zunächst Fäces mit Ascariseiern unter verschiedenen Aussenbedingungen aufbewahrt und die Entwicklung der Eier mikroskopisch verfolgt. Von entschiedenem Einflusse zeigte sich die Jahreszeit, resp. mittlere Aussentemperatur. Kälte und Mangel an Licht verzögern die Entwicklung; so brauchte im Winter der Embryo fünf Monate zur Ausbildung, während bei Besonnung schon nach 14 Tagen die

Furchung beginnt und in fünf Wochen der Embryo entwickelt ist. Der freie Luftzutritt begünstigt den Wachsthumsprocess, ebenso das zeitweilige Anfeuchten der Fäces. Ein vollständiges Versenken der Eier in Wasser retardirt den Furchungsprocess sehr erheblich und ein Austrocknen vernichtet das Ei. Fütterungs-Versuche an drei gesichert spulwurmsfreien Kindern ergaben ein positives Resultat. Es zeigte sich, dass in zehn bis zwölf Wochen aus dem Ei ein geschlechtsreifes Weibchen sich entwickelte, denn nach diesem Zeitraum fanden sich bei den inficirten Kindern Spulwürmer nebst Eiern im Koth. Mit den Ergebnissen dieser Versuche stimmen die klinischen Erfahrungen überein. Wo die Infectionsherde offen zu Tage liegen, wo Temperatur und Feuchtigkeit günstig sind und die Menschen vielfach Gelegenheit haben, die Spulwurmeier vom Boden aufzunehmen, da sind auch die Spulwürmer unter der Bevölkerung verbreitet. So erklärt sich die Häufigkeit des Vorkommens im Süden, die verhältnissmässige Seltenheit in nördlichen Ländern. Das Säuglingsalter ist erklärlicherweise verschont, während das spätere Kindesalter, das gemäss seinen Gewohnheiten mit dem Erdboden in häufigen Contact gelangt, recht oft Gelegenheit zur Infection hat, ebenso wie die Schmutzesser in Irrenanstalten von Spulwürmern häufig heimgesucht sind. Eine Untersuchung von *Langer* ergab ferner, dass die Stadtkinder in 4 Procent inficirt sind, während die Dorfkinder mit 52 Procent vertreten sind. *Epstein* erwähnt folgende Methode als sicher zur Spulwurmdiagnose. Ein Nélaton-Katheter wird unter drehenden Bewegungen in's Rectum eingeführt. Die geringsten Mengen Koth enthalten die Spulwurmeier, die mikroskopisch leicht nachzuweisen sind.

144. ***Ueber den Nachweis des Typhusbacillus.*** *Von Prof.* **Uffelmann.** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 34. — München. med. Wochenschr. 1890. 35.)*

Die interessante Arbeit *Uffelmann's* bietet auch dem Praktiker hervorragendes Interesse. Ausgehend von der bekannten Thatsache, dass der Typhusbacillus auch auf sauren Nährböden gedeiht und dass er auch in saurer Gelatine, die mit Methylviolett ziemlich stark gefärbt ist, charakteristisch wächst, gelang es ihm, in der Cultivirung des Typhusbacillus in saurer, mit Methylviolett blau gefärbter Gelatine eine Methode zu finden, welche die Isolirung und den Nachweis des genannten Bacillus mit grosser Sicherheit gestattet. Der Nährboden wird in folgender Weise hergestellt: Die gewöhnliche, schwach alkalische Fleischwasserpepton-Gelatine wird mit so viel Citronensäure versetzt, dass 10 Ccm. der Gelatine durch 14·0 Ccm. einer Lösung von 5·3 Natrium carbonicum in 1000·0 Wasser genau neutralisirt werden. Dieser Säuregrad ergab sich nach vielen Versuchen als der beste. Darauf filtrirt man, erhält aber kein ganz klares Filtrat, setzt zu 100 Ccm. = 2·5 Mg. Methylviolett, das mit 1 Tropfen Alkohol. absolutus und 1 Ccm. Aqua destillata verrieben war, füllt in sterile Gläser und erhitzt in strömendem Dampfe einmal 15 Minuten. Auf dieser Gelatine wachsen nun ausser dem Typhusbacillus nur eine geringe Zahl von Mikroorganismen; erstere aber charakterisiren sich noch besonders dadurch, dass die Blaufärbung der Colonien von Tag zu Tag intensiver wird und dass sie deutlich eine feine Granulirung erkennen lassen.

Die weitaus grösste Menge der Bacterien des zu untersuchenden Mediums wird also auf diese Weise ausgeschaltet und diejenigen, welche man sucht, sind wegen ihrer charakteristischen Färbung leicht zu erkennen. Die Nährgelatine muss vor weiteren Versuchen stets darauf geprüft werden, ob echte Typhusbacillen in ihr wachsen; ausserdem genügt die Constatirung der sich blau färbenden Colonien nicht, sondern es müssen letztere noch mit allen anderen Hilfsmitteln als Typhuscolonien erwiesen werden (Züchtung auf sauer reagirenden Kartoffelscheiben, Untersuchung im hängenden Tropfen etc.). Aus dem Nichtauftreten der blauen granulirten Culturen glaubt *Uffelmann* mit absoluter Sicherheit den Schluss ziehen zu können, dass das untersuchte suspecte Material keine echten Typhusbacillen enthielt. *Uffelmann* hat seine Methode wiederholt in der Praxis erprobt. Er hat mittelst derselben in der letzten Zeit in zwei Fällen Typhusbacillen im Wasser nachgewiesen, das aus Orten stammte, in denen Typhus ausgebrochen war.

145. ***Oxyuris vermicularis in forensischer Beziehung.*** *Von Dr.* **B. Spitzer.** *(Wien. med. Wochenschr. 1892. 1.)*

Die 12jährige Tochter eines Gastwirthes wurde am 24. Juni von den Eltern mit der Bitte überbracht, das Kind auf ihre Virginität zu untersuchen, da sie Verdacht schöpfen, dass mit derselben Nothzucht getrieben wurde. Sie begründeten ihre Anklage mit der Beobachtung, dass das Kind während des Schlafes stets an den Genitalien herumzupft und schon seit Wochen einen stets zunehmenden Scheidenausfluss haben müsse, da die Wäsche diesbezüglich immer deutlichere Spuren aufweist. Die Inspection der Genitalien ergab ein chronisches nässendes Eczem der Labien und des Mittelfleisches, sowie zahlreiche blutende Kratzeffecte ad nates. Das Hymen war mehrfach seicht eingerissen und gestattete leicht die Einführung eines für die weibliche Urethra bestimmten dicken Glaskatheters. Durch diesen entleerte sich schleimig-eitriger Vaginalausfluss. Behufs gründlicher Reinigung und zugleich um adstringirend auf die Vaginalschleimhaut einzuwirken, irrigirte *Spitzer* mit schwacher Kalihypermanganlösung, wodurch ein Knäuel zwirndünner Fadenwürmer herausgeschwemmt wurde. Mit diesem Corpus delicti war die Angelegenheit geklärt, das bisherige Leugnen des Kindes, wie des beschuldigten Hausknechts entgegen der Vermuthungsanschuldigung der Eltern gerechtfertigt.

146. ***Untersuchungen über die Ursachen der angeborenen und erworbenen Immunität.*** *Von* **Lubarsch.** *(Zeitschr. f. klin. Med. 1890. Heft 5 u. 6 und 1891. Heft 1—4. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1891. 46.)*

Als die hauptsächlichsten bisher aufgestellten Immunitätstheorien können nach Verf. die nachfolgenden 6 bezeichnet werden: 1. Die Erschöpfungstheorie, wesentlich vertreten von *Pasteur* und *Klebs* (1880), dahingehend, dass durch die erste Ansiedlung von Bacterien gewisse für deren Existenz nothwendige Stoffe aufgezehrt werden. Ihr entspricht für die angeborene Immunität die Theorie des ungünstigen Nährbodens (Assimilationstheorie), besonders vertreten durch *Baumgarten* und *Petruschky*. 2. Die localistische Theorie, vertreten durch *Eichhorn* (1829), *Buchner* (1877 und 1883) und *Wolffberg* 1885. 3. Die Leucocytentheorie, welche von *Metschnikoff* wesentlich als Phagocytentheorie, von *Ribbert* auch als Um-

hüllungstheorie vertreten wird. 4. Die Anpassungstheorie (*Grawitz, Klebs* 1887), dahingehend, dass die Immunität wesentlich durch die Anpassung der Gewebszellen an das energische Assimilationsvermögen der Pilze entsteht. 5. Die cellulär-chemische Theorie, vertreten von *Flügge, Sahli, Buchner* (1889), *Roux* u. A., welche im Allgemeinen annimmt, dass bestimmte antiseptische Eigenschaften der Zellen durch die erste Bacterienansiedlung erhöht werden. 6. Die Retentionstheorie von *Chauveau*. Bei dem ersten Eindringen von Bacterien werden von diesen Stoffe abgesondert, welche im Körper erhalten bleiben und die spätere Ansiedlung gleichartiger Organismen unmöglich machen. Verf. weist an der Hand seiner eigenen bezüglichen Experimente nach, dass keine dieser Theorien für alle Fälle genüge. Die Immunität theilt er in absolute und relative. Absolut immun ist nach Verf. derjenige Organismus, in welchem eine Vermehrung der eingedrungenen Infectionserreger nicht stattfinden kann, relativ immun der, in dem zwar local eine beschränkte Vermehrung der Infectionserreger stattfinden kann, ohne dass es jedoch zu einer Allgemeinerkrankung kommt. Verf. gelangt zu dem Schluss, dass in der Hauptsache das Resultat seiner Arbeit ein negatives, der Nachweis der Unhaltbarkeit der bisherigen Immunitätstheorien sei, an deren Stelle eine neue zu setzen er nicht im Stande sei. Sein Gesammtergebniss fasst er folgendermassen zusammen: 1. Die angeborene absolute Immunität kann auf dem Mangel an assimilirbarem Nährmaterial beruhen (Ascidien). 2. Sie kann aber auch bewirkt sein durch die eine Reaction seitens der Körperzellen, welche durch den Reiz der eindringenden Organismen ihre antiparasitären Eigenschaften in verstärktem Masse entfalten (Frösche, graue Ratten, Hunde u. s. w.). 3. Bei der relativen, natürlichen Immunität wird die Verstärkung der antiparasitären Zelleigenschaften erst durch eine ausgedehnte locale Vermehrung der eingedrungenen Bacterien erreicht. Zwischen dieser Immunität und der absoluten Empfänglichkeit bestehen allerlei Uebergänge. 4. Die erworbene Immunität wird durch die chemischen Stoffwechselproducte der Bacterien in Gemeinschaft mit Zellproducten erzeugt. 5. Durch die Bildung dieser Stoffe wird eine totale Umwandlung des Stoffwechsels der Zellterritorien erreicht, welche jedesmal ihren Höhepunkt zu erreichen scheint, wenn die virulenten Bacterien der gleichen Art von Neuem eindringen.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

147. *Zur Aetiologie der Pleuritis.*

Vortrag, gehalten am 22. November 1890 in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde von Dr. ***A. Fiedler,*** *Oberarzt im Stadtkrankenhause.*

(Jahresbericht der Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde in Dresden. 1890/91, pag. 74.)

Wenn auch die Tuberculose und Phthise die Hauptrolle in der Aetiologie der Pleuritis spielen und die meisten Pleuritiden auf tuberculöser Basis beruhen, so bleibt, abgesehen von den carci-

nomatösen, pyämischen Pleuritiden etc., eine grosse Anzahl von Brustfellentzündungen übrig, die mit Tuberculose nichts zu thun haben, namentlich sind dies die plötzlich häufig doppelseitig auftretenden Pleuritiden. Die meisten dieser Entzündungen fasst *Fiedler* als echte rheumatische Affectionen auf, verursacht durch dieselbe Noxe (Plasmodium, Bacillus oder Coccus), welche den Rheumatismus artic. acut. erzeugt. Derselbe Infectionsstoff, der heute bei dem einen Individuum Polyarthritis rheumatica hervorruft, bringt morgen bei einem Anderen Pleuritis, d. h. Entzündung einer anderen serösen Haut hervor. Die Localisation des rheumatischen Giftes kann in den verschiedensten Organen erfolgen, es werden bald, wie das die Regel ist, nur ein Organ, bald mehrere zugleich befallen. Wenn auch der pathogene Mikroorganismus uns noch unbekannt ist, so spricht doch die ganze Affection und der ganze Verlauf der Polyarthritis acuta für die jetzt allgemeine Annahme, dass diese Krankheit eine Infectionskrankheit ist. Als die wahrscheinlichste Eingangspforte des inficirenden Agens bei Polyarthritis rheumatica betrachtet *Fiedler* in Uebereinstimmung mit anderen Autoren die Mandeln, bezw. die Rachenschleimhaut, weil man diese Organe im Beginne der rheumatischen Erkrankung sehr oft diffus geröthet, geschwellt, überhaupt in einem Reizzustande sieht, der sich von dem unterscheidet, wie wir ihn z. B. bei Angina follicularis, die wohl in der Regel auf Streptococceninvasion beruht, zu beobachten pflegen. *Fiedler* glaubt, dass es eine Angina rheumatica gibt und nimmt an, dass Infectionsstoff unter Umständen in den Mandeln zurückgehalten wird, wobei durch die Thätigkeit dieser Drüsen zuweilen eine Allgemeininfection verhindert wird. Es wäre deshalb gerathen, derartige Anginen mit Salicylsäure oder anderen antirheumatischen Mitteln zu behandeln, um eine solche Form von Angina zu coupiren. Hinsichtlich der Art des Infectionsstoffes handelt es sich nach *Fiedler* vielleicht auch um eine Amöbe, um ein Plasmodium, ähnlich wie dem bei Malaria. Hier wirkt Chinin deletär auf die Malariaplasmodien, bei Polyarthritis dagegen wirkt die Salicylsäure und deren Salze höchst günstig, während beide Mittel bei Coccen und Bacilleninfection wirkungslos sind. Es scheinen also Plasmodien zu sein.

Bezüglich der Frage, welche Beobachtungen am Krankenbett zu der Annahme berechtigen, dass gewisse Formen von acuter Pleuritis auf rheumatischer Basis beruhen, führt *Fiedler* an: 1. dass Polyarthr. rheumat. acut. sehr häufig mit Entzündungen des Pericardium, Endocardium und der Pleura verbunden sind; 2. dass oft die intensivsten Fälle von Gelenksrheumatismus ohne entzündliche Affectionen des Herzen und der Pleura als einfache uncomplicirte Rheumatismen verlaufen und in Genesung enden, hingegen andere mit kaum nennenswerthen, flüchtigen Gelenkaffectionen, die oft übersehen werden, ja selbst fehlen können, mit den schwersten Complicationen von Seite des Herzen und der Pleura einhergehen, so dass man ein Polyarthritis rheumatica ohne Schwellung, Schmerzhaftigkeit und Röthung der Gelenke annehmen muss, ähnlich wie scarlatina sine exanthemate; 3. dass oft derselbe Kranke in dem einen Zeitraum an einfachem Gelenksrheumatismus, in dem anderen an Pleuritis oder Pericarditis, in einem dritten an Gelenksrheuma-

tismus mit Herzaffection etc. erkrankt. *Fiedler* theilt hierbei für Punkt 2 und 3 je eine Krankengeschichte als Beispiel mit.

Fiedler glaubt, dass der rheumatische Infectionsstoff, welcher es auch sei, wenn er in die Blutmasse gelangt, zunächst gewisse Störungen im Allgemeinbefinden (Fieber etc.) verursacht, sich dann auf und in die serösen Häute localisirt und in der Regel Reizung und Entzündung der Synovialhäute oder des Peri- oder Endocardium, oft auch der Pleura etc. herbeiführt.

Viele Affectionen, die nicht im Entferntesten das gewöhnliche Schulbild des acuten Gelenksrheumatismus darbieten, fallen doch ätiologisch mit diesem zusammen, was bereits *Immermann* besprochen hat. Viele Pericarditen, resp Verwachsungen des Herzbeutels, viele Endocarditen und die daraus hervorgehenden Klappenfehler, gewisse Myocarditen beruhen auf rheumatischer Infection, ohne dass Gelenkrheumatismus je vorhanden war. Bei Kranken mit einem Herzfehler, die nie früher Polyarthritis acut. rheum. oder eine acute oder chronische Infectionskrankheit (Scarlatina, Lues etc.) gehabt haben, hegt *Fiedler*, wenn der Kranke jung ist und Atherom ausgeschlossen werden kann, immer den Verdacht, dass eine rheumatische Infection früher einmal stattfand und eine schleichend verlaufende Endocarditis durchgemacht wurde.

Dass derselbe pathogene Mikroorganismus bei mancher Pleuritis acuta (und Herzbeutelentzündungen etc.) zu Grunde liegen muss, der auch Rheumatismus artic. acut. erzeugt, wird nach *Fiedler* noch bewiesen durch die unverkennbar günstige Wirkung der Salicylsäure und deren Salze, welche hier wie dort die Entwicklung dieses Mikroorganismus hemmt oder sonstwie beeinflusst, resp. tödtet. Deshalb empfiehlt *Fiedler*, das Mittel so zeitig wie möglich zu geben, bevor es zu grösseren pleuritischen Exsudaten kommt und *Fiedler* ist überzeugt, dass es durch grosse Dosen (2stündlich 1·0, pro die circa 6·0) von Salicylsäure oft gelingt, die pleuritische Entzündung ebenso zu coupiren wie die Gelenkaffectionen; bei bereits vorhandenen massigen Exsudaten kann sie natürlich nichts nützen; dasselbe gilt, wie bereits vielfach erwähnt, auch bei der sogenannten genuinen Pericarditis. *Fiedler* glaubt, dass auch das Erythema nodos. gewisse Neurosen, besonders die Polyneuritis acuta auf derselben rheumatischen Infection beruhen, wie der Gelenkrheumatismus; gewisse Formen von Pleuritis acut., wie Pericarditis, Endocarditis etc. *Knauthe.*

Literatur.

148. ***Lehrbuch der Hygiene des Auges.*** *Von* ***Hermann Cohn,*** *Dr. med. et phil., Professor an der königl. Universität zu Breslau. Mit zahlreichen Holzschnitten. Erste Hälfte. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1891.*

Wie schon die vorliegende erste Hälfte zeigt, stellt das vorliegende Lehrbuch der Hygiene des Auges ein nach der Anlage und Durchführung durchaus originelles Werk dar. Nachdem das Vorwort erst am Schlusse des Werkes erscheinen wird, wäre es unstatthaft, wollten wir aus den vorliegenden Capiteln, den Plan des Werkes construirend, den Ausführungen

des Verf. vorgreifen. Doch so viel können wir mit Bestimmtheit vorausschicken, dass Verf. der Reihe nach die einzelnen Augenaffectionen im Zusammenhange mit der Ursache der Entstehung derselben mit eingehender Benützung der statistischen Angaben in Betrachtung zieht, um hieraus die Hilfsmittel der Prophylaxe für jede einzelne Erkrankungsform zu construiren. Dabei sind die theoretischen Erörterungen auf das Nothwendigste beschränkt und in so klarem Tone gehalten, dass nicht nur der Oculist, sondern auch jene Schulmänner, denen ein grosser Theil der praktischen Durchführung der Hygiene des Auges obliegt, zum vollkommenen Verständniss ihrer Aufgabe und damit ihrer Agenden gelangen. Die in der ersten Hälfte behandelten Capitel zeigen folgende Ueberschriften: I. Anatomische Vorbemerkungen. II. Physikalische und chemische Vorgänge beim Sehen. III. Accommodation. IV. Sehschärfe. V. Refraction. VI. Augenentzündung der Neugeborenen. VII. Scrophulöse Augenentzündungen. VIII. Trachom und verwandte Bindehautkrankheiten. IX. Augenentzündungen bei Pocken. X. Uebersichtigkeit und Einwärtsschielen. XI. Kurzsichtigkeit. *R.*

149. ***Die Paranoia.*** *Eine Monographie von* **Werner** *in Roda. Stuttgart, Enke, 1891.*

In weiterer Ausführung seiner in seinem Jenenser Vortrage 1889 gegebenen neuen Eintheilungsweise der Paranoia hat Verf. es unternommen, das übergrosse Materiale, welches sich in der deutschen und ausländischen Literatur vorfand, zu studiren, thunlichst knapp zusammenzustellen und nach seinem Schema möglichst übersichtlich zu verarbeiten und mit seinen eigenen Erfahrungen in Einklang zu bringen. An der Hand von dreissig ausführlich geschilderten und kritisch verwertheten Fällen baut er sein Schema auf. Einer sehr interessanten historischen Einleitung folgt eine geradezu classisch zu nennende klinische Besprechung der Paranoia, worauf er auf den speciellen Theil seines Themas übergeht. Er bespricht dabei die primäre Paranoia, welche er in eine acute einfache, chronisch einfache, acute hallucinatorische und chronisch hallucinatorische Form der Paranoia differenzirt. Den Schluss macht die secundäre Paranoia mit ihrer postmelancholischen und postmanischen Form. Wenn das vorliegende Buch auch augenscheinlich für den Fachmann berechnet erscheint, so hat es doch den Vorzug, auch von jedem wissenschaftlich gebildeten Arzte voll verstanden und vielfach benützt werden zu können. *v. Buschman.*

150. ***Die innerliche Sprache und die verschiedenen Formen der Aphasie.*** *Von* **G. Ballet,** *Paris. Uebersetzt von Dr. P. Bongers in Jena. Wien, Deuticke, 1890.*

Bis vor wenigen Jahren beschränkte sich unsere Kenntniss von den Störungen des Sprechens auf deren allgemeine Merkmale und auf die von *Broca* unwiderleglich nachgewiesene Localisation dieser Störungen in der dritten linken Stirnwindung. Heute ist man im Stande, die Sprachfähigkeit in vier Hauptverrichtungen zu zerlegen, u. zw. in die Entwicklung des Gehörs- oder Sprachbildes (gehörtes Wort), des Gesichts- oder Schriftbildes (gelesenes Wort), des Sprechbildes (gesprochenes Wort) und des Schreibebildes (geschriebenes Wort). Daraus erhellt, dass das einfache Wort Aphasie noch gar nichts besagt, sondern dass erst ein Beiwort erklären muss, welche der wortbildenden Functionen ausser Action getreten ist. Wir können ferner heute nachweisen, dass jede dieser Verrichtungen in einem besonderen Hirngebiete ihren Sitz hat und für sich gesondert Störungen unterliegen kann. Die Sprechbilder sind sicher

localisirt im hinteren Drittel der dritten linken Stirnwindung, die Sprechbilder sicher in der rechten Schläfenwindung, die Schriftbilder sind höchst wahrscheinlich im unteren Scheitelläppchen aufgesammelt, die Schreibebilder höchst wahrscheinlich im Fusse der zweiten Stirnwindung. Die Centren dieser verschiedenen Bilder stehen durch Commissuren untereinander in Beziehung, so dass Verletzungen dieser Verbindungsfasern im Stande sind, sich in besondere Formen der Aphasie umzusetzen, die man Leitungsaphasien nennt. Nachdem der physiologische und pathologische Symptomencomplex entwirrt war, ist man dahin gelangt, ihn zu deuten und den Schlüssel zu den durch die verschiedenen Persönlichkeiten bedingten Abweichungen zu geben. Nur wenn man der pathologischen Hirnformel des Kranken seine physiologische gegenüberstellt, wird man eine richtige Deutung seines Zustandes erlangen können. Den im Vorstehenden kurz skizzirten Stoff behandelt das sehr lesenswerthe Buch in fünf der Physiologie und acht den pathologischen Erscheinungen der Aphasie gewidmeten Capiteln, denen zwölf zum Theil schematische Abbildungen beigegeben sind. Jedenfalls ist es dem Verfasser gelungen, den seiner vorliegenden Abhandlung zu Grunde liegenden Stoff äusserst klar und geistreich zu entwickeln und erschöpfend zu behandeln. Die Grundzüge der in Deutschland geltenden Lehre von der Aphasie hat der Uebersetzer in einem besonderen Capitel dargelegt. Das Buch sei jedem denkenden Arzte auf das Allerwärmste empfohlen.

v. Buschman.

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

151. ***Ueber Autointoxication.*** *Vortrag von Prof.* ***Albertoni****, Bologna. Verhandlungen des IV. Congresses der italienischen Gesellschaft für innere Medicin. 1891. (Allg. med. Central-Ztg. 1891. 102.)*

Die Autointoxication kann sich in zweifacher Weise vollziehen, entweder durch Retention gewisser Substanzen, welche unter normalen Verhältnissen aus dem Organismus ausgeschieden werden, oder dadurch, dass sich im Verdauungstractus, in den Säften und Körpergeweben Substanzen bilden, die sich im normalen Zustande nicht daselbst vorfinden, insbesondere kann der Darmtractus durch in ihm sich vollziehende Gährung zum Intoxicationsherd werden. Die Salzsäure des Magens ist wohl das mächtigste Mittel, um solche Gährungen zu verhindern.

Leucin und Tyrosin üben auf den Organismus keinerlei deletäre Wirkung. Auch das Xanthin und seine Derivate sind nur sehr schwache Gifte. Abgesehen von den Eiterbacterien, können die Eingeweide pathogene Mikroben beherbergen, welche zur Bildung von besonderen Alkaloiden Veranlassung geben können. Aber nicht allein im Eingeweide, sondern auch in normalen und pathologischen Höhlenbildungen können sich solche Alkaloide ebenso, wie andere Toxine, vorfinden, so Indol, Scatol, Phenol. Alle diese Stoffe finden sich im Harn wieder.

Nach des Verf.'s Untersuchungen sind die Symptome des Collapses und der Schwäche bei gewissen septischen Erkrankungen nichts Anderes, als der Ausdruck der Absorption von gewissen Verbindungen, welche in ihrer Constitution den Peptonen ähnlich sind. Endlich gibt es noch gewisse Autointoxicationen, in welchen der Harn, sowie die Stoffwechselproducte, so bei Gicht, Diabetes, allgemeiner Ermüdung, Ursachen der

Autointoxication sind. So hat *Kussmaul* constatirt, dass die Symptome des Coma diabeticum sich auch bei gewissen primären und secundären Anämien wiederfinden, und *Senator* hat diese Thatsache bestätigt und sie in der Weise zu erklären gesucht, dass er sie auf die Wirkung gewisser toxischer Substanzen, welche in den anämischen Zuständen gebildet werden, zurückführt. Diese Erklärung hält *Albertoni* für sehr plausibel; in der That könnten sich in den Geweben, deren Ernährungszustand mangelhaft ist, leicht gewisse toxische Substanzen bilden, welche Anlass zum Auftreten von Pepton im Harn geben. Im normalen Harn hat *Albertoni* keine im eigentlichen Sinne toxische Substanzen auffinden können; was die Alkaloide anlangt, die im Harn gewisser Kranken auftreten, so sind die bezüglich derselben ermittelten Resultate mit grösserer Vorsicht aufzunehmen. In denjenigen Fällen von Psychose, in denen es sich um geistige Depression handelt, ist der Harn meist toxischer, als unter normalen Verhältnissen.

Aus den bisher bekannten Thatsachen ergeben sich nach *Albertoni* über die Autointoxication folgende Schlüsse:

1. Toxische Substanzen bilden sich fortwährend im menschlichen Körper.

2. Ihr Hauptherd ist der Darmtractus, besonders der Dickdarm, indessen entstehen die Toxine, wenn auch in geringerem Umfange, auch in Muskeln, Drüsen und anderen Geweben.

3. Unter den Vorgängen, welche zur Autointoxication führen, ist am besten bekannt die Eiterung.

4. Die wichtigsten Substanzen, welche bei der Autointoxication eine gewisse Rolle spielen, sind das Peptoxin, gewisse organische Basen (Leucomaine und Ptomaine), Körper der aromatischen Reihe, Indol, Phenol, Scatol, aromatische Säuren, Milchsäure, Fettsäuren, Ammoniak, Methan, Schwefelwasserstoff, Methylmercaptan und Aceton.

5. Viele von diesen Substanzen werden fortwährend im Organismus gebildet, wenn auch in äusserst geringer Quantität, welche je nach den individuellen Verhältnissen schwankt.

6. Die Mittel, über die der Organismus verfügt, um sich gegen die Autointoxication zu schützen oder wenigstens um dieselben in bestimmten Grenzen zu halten, sind die Salzsäure, gewisse andere Säuren, Zucker, ferner die Sauerstoffathmung der Gewebe, durch welche sämmtlich die toxischen Substanzen zerstört und aus dem Organismus eliminirt werden.

7. Alle die Zustände, welche die Wirkung dieser Schutzmittel beeinträchtigen, können zu indirecten Ursachen der Autointoxication werden. Hierher gehören vor Allem die Krankheiten des Darmtractus, ferner die Chloroanämie, die Anämie und andere analoge Zustände herabgesetzter Ernährung, endlich die Krankheiten, welche einen zu raschen und zu umfangreichen Zerfall gewisser Gewebe herbeiführen, sowie Affectionen gewisser Excretionsorgane.

8. Ermüdung, Ueberarbeitung, Sonnenstich, Hunger verursachen gleichfalls Autointoxicationszustände dadurch, dass sie zu übermässiger Gährung Veranlassung geben, so dass die zu eliminirenden Stoffe nicht genügend schnell entfernt werden können.

9. Viele pathogene Mikroorganismen können zu secundären Autointoxicationen dadurch Anlass geben, dass sie in den Geweben gewisse specifische Toxine bilden.

10. Die Diagnose der Autointoxicationen beruht auf dem Nachweis gewisser toxischer Substanzen im Harn, den Fäces, den Säften und Ge-

weben, sowie auf dem Nachweis gewisser Substanzen, wie Aetherschwefelsäure, Phenol, Indican, Aceton, Ammoniak, Diamin, verschiedener Alkaloide, Peptone, Oxybuttersäure. Sie sind sämmtlich von grossem diagnostischen Werth. Was aber die Toxicität des Harnes anlangt, so ist ihr diagnostischer Werth noch nicht mit Sicherheit festgestellt.

11. Die beststudirten Formen der Autointoxication, abgesehen von denjenigen, welche auf Grund von Retention harn- und gallenhaltiger Stoffe entstehen, sind die sogenannten sauren Autointoxicationen, Autointoxicationen durch Körper der aromatischen Reihe (neuroparalytische Zustände), durch Diamine (mycotische Cystinurie und Acetonämie).

12. Meist ist die Autointoxication nur eine Complication verschiedener anderer Krankheiten, daher finden sich auch in jeder Doctrin über sie verschiedene dunkle Punkte.

13. Die Lehre von der Autointoxication hat im Allgemeinen festzustellen, wie und in welcher Weise der Sauerstoffgebrauch der Gewebe sie beeinflusst.

14. Der Nachweis des Acetons zeigt mehr die Existenz eines derartigen Processes an, als dass er selbst toxisch wäre.

15. Die verschiedenen Toxine beanspruchen eine sorgfältige Prüfung auf die Möglichkeit, dass sie die eventuelle Ursache eines Autointoxicationszustandes sein könnten.

Kleine Mittheilungen.

152. ***Bei Spasmus glottidis*** lässt *Morell Mackenzie* die Kranken eine Prise Schnupftabak oder Pfeffer nehmen. Das dadurch reflectorisch ausgelöste Niesen veranlasst sofortiges Schwinden aller bedrohlichen Erscheinungen, und der Patient beginnt ruhig zu athmen.

(The Journ. of the Amer. med. Assoc. 1891. — Allg. med. Central-Ztg. 1891.)

153. ***Als sicher wirkendes Bandwurmmittel*** empfiehlt *Mirovitsch* (Semaine méd. 1891. 25. — Ther. Monatsh. 1891. Dec.) Naphthalin, das er Kindern in folgender Form verabreicht:

Rp. *Naphthalin.* *0·3—0·5*
Olei Ricini *15·0*
Olei Bergamott. *gutt. II.*
DS. Auf einmal (nüchtern) zu nehmen.

Erwachsene sollen (gleichfalls nüchtern) 1·0 Naphthalin und unmittelbar darauf 30·0 Ricinusöl nehmen. Zwei Tage vor Beginn der Cur sind gesalzene, saure und gewürzte Speisen zu verordnen.

154. ***Zur Stillung der Blutung nach Zahnextraction*** empfiehlt *Viau* (Rev. génér. de clin. et de thér. 1891. 35. — Ther. Monatsh. 1891. Dec.) den Mund mit folgender Mixtur auszuspülen:

Rp. *Chloroform* *4·0*
Acid. tannici
Mentholi aa. *2·0*
Tinct. Ratanhiae *25·0*
Aq. destillatae *500·0*

155. ***Eine Epidemie von Selbstmord durch Erhängen.*** *Von Dr. **Liegey**. (Semaine méd. 1891. 30. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1891. 12.)*

In dem Dorfe Thiais (Departement der Seine) fand eine Quasi-Epidemie von Selbstmorden durch Erhängen statt. Gestützt auf eine im Jahre 1850 beobachtete Epidemie von Verrücktheit, welche Verf. in den Zusammenhang mit dem Impaludismus brachte, ist derselbe auch in diesem Falle geneigt, diese Epidemie in Zusammenhang mit der herrschenden medicinischen Constitution zu bringen. *Motet* behauptet, es

handle sich um eine Art Selbstmord durch Nachahmung; jedenfalls sei es interessant, den Geisteszustand der Selbstmörder vor dem Tode zu kennen, was ja wichtig für die Lebensversicherungs-Gesellschaften sei.

156. ***Ueber congenitale Tuberculose*** berichtete *Sabourand* in der Société de Biologie. Der Fall betraf ein neugeborenes Kind, welches am 10. Tage an Bronchopneumonie erkrankte und am 11. starb. Milz und Leber waren von Tuberkeln durchsetzt, in denen Bacillen nachgewiesen wurden. Die seitdem gestorbene Mutter litt an Phthise der Lungen, jedoch ohne tuberculöse Erkrankung der Genitalorgane oder der Brüste. Die Infection scheint intrauterin durch die Vena umbilicalis stattgefunden zu haben. (La méd. moderne, 1891. 22. Oct. — Allg. med. Central-Ztg.)

157. ***Sulfonal gegen die Schweisse der Phthisiker.*** *Crede* behauptet mit Sicherheit, dass Dosen von 0·5—1·0 Sulfonal fast constant die Nachtschweisse der Phthisiker unterdrücken, eine Wirkung, die auch nach Aussetzen des Mittels mehrere Tage lang anhalten soll. Eine Gewöhnung findet nicht statt und üble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

(Riforma med, 1891. Mai. — Journ. de méd. de Paris. 1891. 7. Nov. — Allg. med. Central-Ztg. 1891. 94.)

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg** in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: **Eugen Schwarzenberg**.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

158. ***Polymyositis acuta mit Ausgang in Genesung.*** *Von Oberarzt* ***C. Boeck*** *in Christiania. (Norsk Magaz. for Laegevid. Nov. 1891, pag. 932.)*

Von der 1887 zuerst von *Unverricht* und *E. Wagner* als Polymyositis acuta und von *Hepp* als Pseudotrichinose beschriebenen Affection liegen in der medicinischen Literatur bis jetzt kaum ein Dutzend Fälle vor, die zum Theil auch von dem ursprünglichen Typus Abweichungen zeigen, so dass *Unverricht* selbst eine Form, bei der das Unterhautzellgewebe und die Haut verhältnissmässig stärker als die Muskeln betheiligt waren, als Dermatomyositis abgetrennt hat. Bei der in der Regel tödtlich verlaufenden typischen acuten Myositis bildet sich, häufig nach vorausgehender Steifigkeit in den Gliedern, eine oft symmetrische Affection der quergestreiften Körpermuskeln aus, die von Oedem der Muskeln selbst und des Unterhautbindegewebes und nicht selten auch von erythematösem, urticariaähnlichem und erysipelatösem Ausschlage begleitet wird und zuletzt durch Uebergreifen auf die Schlund- und Athemmuskeln dem Leben ein Ziel setzt. Bei der Section findet sich starke seröse Infiltration im subcutanen und intramusculären Bindegewebe und makroskopisch auf dem Durchschnitte der erkrankten Muskeln ein ungleichmässiges, fleckiges Aussehen, indem bleiche, etwas durchscheinende, hellgraue Streifen mit dunkelrothen, offenbar auf Blutextravasaten beruhenden Flecken abwechseln. Mikroskopisch trifft man das Muskelgewebe in allen Formen und Stadien der Degeneration und das interstitielle Gewebe mit Rundzellen durchsetzt, die Gefässe stark mit Blut angefüllt, auch hier und da Extravasate an. Zu diesen Fällen kommt ein auf der dermatologischen Abtheilung des Reichshospitales in Christiania von *C. Boeck* beobachteter, günstig verlaufener Fall, der nicht allein durch seinen Ausgang in Genesung, sondern auch in Bezug auf die Aetiologie der neuen Affection von besonderem Interesse ist. Es handelt sich um einen Tripperkranken, der 2 Monate nach dem Auftreten der Gonorrhoe bei seinem Eintritte in das Krankenhaus 6 Tage hindurch einen auffällig grossen Niederschlag von Copaivaharz im Harne auf Salpetersäurezusatz darbot, während der Urin nur geringen Eiweissgehalt zeigte. Bei dem Kranken waren ziemlich plötzlich Steifigkeit und starke Schmerzen im Kreuz und in den Oberschenkeln, die sich besonders während des Gehens documentirten, entstanden. Nach dreiwöchentlichem Bestehen derselben kam es zu bedeutender ödematöser Geschwulst der meisten Muskeln der Extremitäten, des Halses und zum Theil auch des Rumpfes, begleitet von starker Druckempfindlichkeit und Herab-

setzung der Leistungsfähigkeit. Die auffallend symmetrische Affection griff später auch auf die Gesichtsmuskeln und in geringem Grade auf die Kau- und Schlundmuskeln über. In einzelnen Theilen der Musculatur machte sich ein besonderer Wechsel in Ab- und Zunahme des Oedems bemerkbar. Der Patellarreflex verschwand ganz, stellte sich aber nach $2^1/_2$ monatlicher Behandlung wieder her, und noch etwas früher machte sich bereits wieder Besserung der Muskelfunction geltend. Nach Beseitigung der Geschwulst kam es zu schlaffer Atrophie, die aber nur etwa einen Monat bestand. Fieber war im Anfange vorhanden, wurde aber durch Antifebrin beseitigt. Ein Exanthem kam zu keiner Zeit vor. *C. Boeck* ist der Ansicht, dass die Anwendung des Copaivabalsams zu der Affection in ursächlicher Beziehung steht. Der Kranke hatte Copaivabalsam nicht innerlich angewendet, sondern in Folge eines Missverständnisses in die Haut des Abdomens und in die Weichen eingerieben. Da Balsamum Copaivae nicht selten vasomotorische Störungen der Haut hervorruft, deren Ausdruck die Balsamroseola oder Urticaria ist, liegt die Annahme nahe, dass in diesem Falle das Unterhautzellgewebe und die Muskeln in derselben Weise afficirt wurden, wie sonst die Haut. Dafür spricht auch der Umstand, dass die Polymyositis sonst gar nicht selten mit Urticaria einhergeht. Die auffällige Symmetrie der Muskelaffection und das plötzliche Zunehmen und Abnehmen des Oedems deuten ebenfalls auf centrale vasomotorische Störung hin. Die frühere Annahme, dass die Myositis durch Gregarinen veranlasst werde, hat sich nicht bestätigt. Interessant ist das Factum, dass der Copaivabalsam bei der Einreibung in so grosser Menge zur Resorption gelangte, dass er in ungewöhnlich grosser Menge und noch 6 Tage nach dem Aufhören der Einreibung im Urin angetroffen wurde. *Th. Husemann.*

159. ***Ueber nervöse Darmverstopfung.*** *Von* **Semmola.** *(La méd. moderne 1891. October.)*

In der Sitzung der Sociétés Savantes theilt *Semmola* folgenden lehrreichen Fall mit. Ein junger Mann von 20 Jahren, nervös belastet, hatte eine Perityphlitis durchgemacht. Nach einem begangenen Diätfehler trat eine sehr abundante Diarrhoe mit vehementen Schmerzen auf. Dieser folgte eine absolute Stuhlverhaltung mit nachweisbaren contrahirten Därmen. Nachdem die Anwendung von Eis, Morphin, Calomel, Ricinöl keine Erleichterung brachten, die Constipation, das Erbrechen und Ischurie fortbestand, verordnete *Semmola*, eine nervöse Occlusion annehmend, die Anwendung der Elektricität, u. zw. 3mal täglich von 10 Milliampères, mit der Application des positiven Poles im Mastdarm, des negativen am Abdomen in der Dauer von 10 Minuten. Nach der 3. Sitzung trat bereits Besserung ein, die Dysurie hörte auf, und nach 3 Tagen trat spontane Stuhlentleerung ein. Die vollständige Heilung erfolgte nach 2 Tagen. *Dr. Sterk*, Wien-Marienbad.

160. ***Ueber die Ursachen der Arteriosclerose und der arteriellen Cardiopathien auf alimentärer Grundlage und deren Präventivbehandlung.*** *Von* **Huchard.** *(La méd. moderne 1891. October.)*

Auf dem medicinischen Congress zu Marseille lenkte *Huchard* aus Paris die Aufmerksamkeit des Congresses auf das gar nicht

gekannte oder zu wenig berücksichtigte ätiologische Moment der Entstehung der Arteriosclerose und anderer arterieller Cardiopathien, nämlich auf die unzweckmässige Nahrung solcher Kranken. Er führte aus, dass die Reichen und die Städter überhaupt zu viel Wild und zu wenig gut gekochtes Fleisch geniessen und dadurch zu viel Ptomanie im Körper durch die ungenügende Verdauung und schlechte Abfuhr entstehen, wodurch zu toxischen Erscheinungen anscheinend von Seite der Nieren Veranlassung gegeben wird, die aber nur rein toxisch sind, und die Entstehung der Arteriosclerose etc. sehr begünstigen. Bei dem Bauer und dem Armen führt das nicht frisch geschlachtete, zum Theil verdorbene Fleisch durch die sich entwickelnden Ptomaïne zu demselben Resultate. Es folgt hieraus, dass eine bescheidene Fleischnahrung mit Gemüse, Milch etc. das beste Präventivmittel ist. Medicus cibi, medicus sibi.

Dr. Sterk, Wien-Marienbad.

161. ***Ueber Sclerose der Lungenarterie.*** *Von* ***E. Romberg.*** *(Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. LXVIII. Heft 1 u. 2. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 2.)*

Diffuse Sclerose der Pulmonalarterie ohne primäre Hindernisse im kleinen Kreislauf und ferner ohne aneurysmatische Erweiterung des Hauptstammes ist erst 1mal durch einen Sectionsbefund (von *Klob*) bekannt geworden. Verf. gibt nunmehr das Krankheitsbild dieser in ihrer Aetiologie dunklen Affection. Ein kräftiger 24jähriger Mann fühlte seit etwa $^5/_4$ Jahren neben progressiver hochgradiger Cyanose Beschwerden mit zunehmender Kurzathmigkeit und Druckgefühl in der Magengegend, zeitweisen Kopfschmerz und Schwindelanfälle. Kein Herzklopfen oder Oedeme, keine völlige Arbeitsunfähigkeit. Ohne Stillstand oder Besserung der Symptome auf absolute Ruhe und Digitalis, bei dauernd subnormalen Temperaturen starb Patient nach $2^1/_2$ Wochen Spitalbehandlung. Die Autopsie ergab ausgedehnte sclerotische Intimaveränderungen der Lungenarterie und aller ihrer Verzweigungen mit ziemlich gleichmässiger Erweiterung des Gefässes bis zur zweiten Theilung in der Lunge und deutlicher ständig zunehmender Verengerung in den feineren Verästelungen. Consecutiv war der rechte Ventrikel und Vorhof mächtig hypertrophirt und dilatirt, der Unterschied zwischen beiden Herzhälften ein enormer. Herzfleisch nicht degenerirt, Aorta eng, unverändert, das linke Herz, sowie alle Klappen normal. Ausserdem rechtsseitige lockere totale Pleuraverwachsung jüngeren Datums, Hyperämie und Oedem der sonst intacten Lungen, mässige Stauungsveränderungen im grossen Kreislauf. — Klinisch entsprach dem eine beiderseits stark verbreiterte Herzdämpfung — durch Betheiligung des rechten Vorhofes an der Vergrösserung war der linke Ventrikel nach links verdrängt. Im 4. Intercostalraum median von der Papillarlinie hatte man als Anschlag des rechten Herzens eine starke systolische nach rechts und oben sich fortsetzende Pulsation, daneben eine schwache systolische Erschütterung im 5. Intercostalraum in der Papillarlinie. Keine epigastrische Pulsation, Halsvenen nicht erweitert. Puls klein, regelmässig und beschleunigt. Der 2. Pulmonalton war accentuirt, in der Gegend der starken Pulsation hörte man ein systolisches, weiches, nur mit Wirbelbildungen im Stamm der

Pulmonalis erklärbares Geräusch, am Schluss der Systole ein kurzes, scharfes, das zur Pulmonalis sich fortleitete. — Merkwürdig war das Fehlen von Oedemen bei der schweren Cyanose, aber diese war eben nur zum Theil eine Stauungserscheinung. Die abnormen Widerstände im Lungenkreislauf wurden compensirt, mit erhöhter Stromgeschwindigkeit passirte die normale Blutmenge in der Zeiteinheit die verengten Gefässe, musste also mangelhaft oxydirt in den grossen Kreislauf übertreten.

162. ***Folgen der Vernarbung von Lungencavernen.*** *Von* **Schaal**, *Esslingen. (Württemb. med. Correspondenzbl. 1891. 25. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 102.)*

Verf. theilt einen Fall aus seiner Praxis mit, aus welchem sich ergibt, dass eine Ausheilung der Cavernen wohl einen klinischen, jedoch keinen praktischen Werth hat, wenigstens wenn dieselben einen grösseren Umfang erreicht haben. Am 13. Februar 1890 bekam Verf. eine Frau in Behandlung, welche schon wiederholt Hämoptoe gehabt hatte. In der linken Lungenspitze waren umfangreiche Cavernen, dabei bestanden Nachtschweisse und Fieber. Unter Anwendung von Chinin mit Digitalis, Ipecacuanha und Atropin, daneben auch nach Bedarf Morphium, besserte sich das Allgemeinbefinden. Anfangs März verordnete Verf. die in solchen Fällen von ihm gern benutzte Verbindung von Calomel, Sulfur. aurat., Antim. und Digitalis (aa. 1·0 : 30 Pillen, 2—3 mal 1 Pille). Er hatte allerdings Anfangs seine grossen Bedenken gegen die Anwendung von Calomel bei Phthisikern, fand aber bei sehr häufiger Anwendung nur in einer verschwindenden Anzahl von Fällen, und zwar nur bei Leuten mit cariösen Zähnen und mangelhafter Reinigung des Mundes einen Nachtheil davon, da die Verbindung mit Schwefel den Nachtheilen des Quecksilbers entgegenwirkt. Unter dem Gebrauche dieser Verordnung zeigte sich nun bald eine erhebliche Verkleinerung der Cavernen, und Ende März war keine Spur von cavernösen Geräuschen mehr zu hören; dagegen bestand noch Dämpfung. Im Laufe des April schwand auch die noch bestehende Dämpfung vollends, aber es zeigten sich von Neuem cavernöse Geräusche. Doch auch diese vernarbten in einigen Wochen vollständig, so dass Anfangs Mai der Auswurf sehr mässig und keine Cavernen mehr nachzuweisen waren. Etwas Dämpfung, wohl auf Narbenbildung beruhend, bestand noch. Zugleich besserte sich das Allgemeinbefinden, das inzwischen oft durch Erbrechen und Durchfall gestört war, was aber, wie durch wiederholte Proben (durch längeres Aussetzen des Mittels) festgestellt werden konnte, nicht durch das Calomel, sondern offenbar durch tuberculöse Geschwüre des Tractus intestinalis bedingt war. Vom Juni an waren keine Cavernen mehr zu diagnosticiren, der Nachtschweiss kam nicht wieder, der Appetit besserte sich; aber Hustenreiz bestand doch mit mehr oder weniger Auswurf. Im August zeigten sich die ersten Spuren von Oedem, das sich immer mehr steigerte; im September trat Ascites dazu. Während es nun eine alte Erfahrung ist, dass, wenn bei einem Phthisiker Oedem eintritt, der Patient nur noch wenige Wochen zu leben hat, und dass wegen der so geschwächten Herzthätigkeit ein stärkerer Hydrops gar nicht mehr entstehen kann, steigerte sich im vorliegenden Falle das

Oedem so sehr, dass der ganze Körper von den Beinen bis zum Kopf und den Armen vollständig im höchsten Grad ödematös wurde und am 20. September sogar die Haut an mehreren Stellen platzte, was man sonst nur bei den schwersten Circulationsstörungen findet. Alle Therapie war nunmehr vergeblich, und Patient starb am 23. September. „Die nächste Todesursache," sagt Verf., „war in diesem Falle offenbar nicht die Schwindsucht selbst, sondern die Vernarbung der Lungencavernen und die dadurch bedingte Circulationsstörung, also ein relativer Heilungsprocess; und ich fürchte, dass die neuesten Versuche, auf operativem Wege die Cavernen zur Heilung zu bringen, wenn die letzteren irgendwie bedeutender sind, keinen anderen Erfolg haben werden." In zahllosen anderen Fällen, wo nur kleinere Cavernen vorhanden waren, hat Verf. mit demselben Mittel, bei dessen Verordnung natürlich die jeweiligen Verhältnisse sehr zu berücksichtigen sind — so z. B. ist es bei intercurrenten acuten Fieberanfällen sofort auszusetzen und dafür Chinin mit Digitalis zu verordnen —, die günstigsten Resultate erzielt, auch in Fällen, welche von anderen Collegen für unheilbar erklärt worden waren und daraufhin in seine Behandlung kamen.

163. ***Varicocele, Neurasthenie und Verwandtes, nach Beobachtungen in meiner Anstalt.*** *Von Dr.* ***Wiederhold****, Wilhelmshöhe. — (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 37.)*

Verf. nimmt an, dass die Neurasthenie in vielen Fällen als eine Folgekrankheit des durch die Varicocele in der Genitalsphäre veranlassten Reizzustandes aufzufassen sei. Die Symptome bestanden hauptsächlich in grosser, reizbarer, nervöser Schwäche. Neben einer Herabsetzung der geistigen Arbeitskraft bestand eine hochgradige körperliche Hinfälligkeit. Dabei zeigte sich im sexuellen Gebiet das Bild der reizbaren Schwäche. Bei einer anderen Gruppe von Patienten traten mehr periphere Symptome hervor, besonders Neuralgien mit besonderer Bevorzugung der Intercostalnerven; es traten ferner auf: verstärkte und unregelmässige Herzthätigkeit, dyspeptische Erscheinungen, Parästhesien, Taubheitsgefühl, Hitze und Kältegefühl einzelner Glieder, verstärkte Schweisse auf der der Varicocele entsprechenden Halbseite, leichte epileptiforme Anfälle. Unverkennbar war bei dem Auftreten der Varicocele das Ueberwiegen der linken Seite und dementsprechend traten auch die Symptome linksseitig mehr hervor. Verf. hat nun in allen Fällen von mit Varicocele vergesellschafteter Neurasthenie ein derartig eclatantes Zurückgehen der nervösen Erscheinungen in wenig Wochen gesehen, wie er das bei anderen Neurasthenikern ohne Varicocele nicht beobachten konnte. Die Behandlung bestand in einer combinirten Anwendung von Elektricität und Wasser, um den verloren gegangenen Tonus in den Venen des Samenstranges wiederherzustellen. Mittelts knopfförmiger Elektrode, welche mit dem negativen Pol verbunden war, während die Anode oberhalb des Schenkelringes angesetzt wurde, wurde eine faradogalvanische Massage durch Streichen längs des Samenstranges ausgeführt, etwa 100 Streichungen in der Sitzung. Der galvanische Strom wurde in Stärke von 1 M. A. und der faradische bis zur deutlichen Fühlbarkeit benutzt. Dann wurde eine etwa fingerlange Elektrode längs

des Samenstranges mit dem negativen Pol verbunden aufgesetzt, während die Anode wie vorhin verblieb, und nun ein faradogalvanischer Strom von gleicher Stärke wie vorhin zur Einwirkung gebracht; nach einer guten Minute wurde dann der faradische Strom ausgeschaltet und ebenso lange nur der galvanische zur Einwirkung gebracht und dann mittelst Rheostaten ausgeschlichen. Vom kalten Wasser wurde in Gestalt kühler Halb- und Sitzbäder Gebrauch gemacht und ausserdem die Spitzstrahldouche entlang dem Samenstrang ganz kurz geführt und ebenso die aufsteigende Brause gegen Perineum und Hoden gerichtet. Ein gut anliegendes Suspensorium wurde tagsüber getragen. *O. R.*

164. ***Zwei Fälle von Rückenmarkerkrankung nach Influenza.*** *Von* **H. Determann.** *(Deutsch. Zeitschr. f. Nervenhk. Bd. II. Heft. I. — Prag. med. Wochenschr. 1891. 2.)*

Fall 1 betrifft einen 25jährigen Mann, anamnestisch weder Lues, noch Potatorium zu constatiren. Die Influenza, die er nach seiner Angabe am 7. Januar 1890 durchgemacht hat, bestand in Frost, Schwindel und Mattigkeit, besonders in den Beinen. Nach einigen Tagen der Ruhe fühlte er sich wieder wohl. Am 11. Januar traten plötzlich früh eine schlaffe Lähmung des linken Beines und von Parästhesien eingeleitete complete Anästhesie auf der rechten Seite von der Mitte der Brust nach abwärts auf. An demselben Tage setzten auch 4—6mal Krämpfe im linken Arme ein, bei denen die Hand eine Stellung wie beim Schreiben einnahm. Die objective Untersuchung vom 21. April 1890 ergibt deutliches, beiderseitiges Facialisphänomen, an der linken oberen Extremität Steigerung der Reflexe, etwas geringere, grobe Kraft, kein *Trousseau*'sches Phänomen. Das linke Bein zeigt bei Bewegungen Unsicherheit und Schwäche, wird beim Gehen nicht so gut gehoben wie das rechte, es schleift nach, wodurch der Gang etwas Stolperndes bekommt. Rechts vom 6. Intercostalraum bis hinunter Störung der Sensibilität, Aufhebung des Schmerz- und Temperaturempfindens, Sehnenreflexe rechts normal, links gesteigert. Bauchdeckenreflex rechts deutlich, links dagegen aufgehoben. Plantar und Cremasterreflex rechts lebhafter als links. Behandlung: Ruhe, gute Ernährung, Elektricität. Der Befund ist demnach kurz zusammengefasst: Hemiparese der linken unteren Extremität, complicirte Sensibilitätsstörung der rechten unteren Extremität, also das typische Bild der *Brown-Séquard*'schen Halbseitenläsion des Rückenmarkes. Als anatomische Ursache derselben nimmt der Verfasser eine Blutung an, die der baldigen Besserung zufolge wohl aus capillaren Hämorrhagien hervorgegangen ist. Diese Blutung sei die Wirkung der durch Influenza gesetzten Hyperämie des Centralnervensystems. Zur Stütze dieser Behauptung führt der Verfasser einen Sectionsbefund von *Foa* in Turin an. Dieser fand bei einem schweren Fall von catarrhalischer Influenza, der im Leben keine nervösen Symptome geboten hatte, multiple, hämorrhagische und degenerative Herde in der weissen Substanz des Dorsal- und Cervicalmarkes. Die nur anamnestisch erhobenen, nicht schmerzhaften, halbseitigen Krämpfe, welche am 11. Januar aufgetreten waren, und das Vorhandensein des vieldeutigen Facialisphänomens bilden nach den jüngsten Untersuchungen *Schlesinger's* keine genügende Grundlage für die Diagnose Tetanie, die zugleich

vom Verf. gestellt wird. Dem zeitlichen Beginn und Verlauf, sowie der Form nach ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass die am ersten Tage aufgetretenen Krämpfe und Parästhesien an den linken oberen Extremitäten einem ähnlichen, aber weit geringeren Insulte zuzuschreiben seien, wie der tiefer unten gelegene Herd, der die Halbseitenläsion bewirkte. Der zweite einfachere Fall ist überschrieben: Myelitis transversa dorsalis (e compressione?). In der Anamnese der 47jährigen, unverheirateten Kranken ist enthalten, dass dieselbe im Januar 1890 unter Kopf- und Kreuzschmerzen an einer Influenza erkrankt war, die sie zwei Tage an's Bett fesselte. Der Befund vom Juli 1890 ergab: Spastische Parese der beiden unteren Extremitäten mit erhöhten Sehnenreflexen, bedeutende Sensibilitätsstörung beider Beine und am Rumpfe bis zur Höhe der 6. Rippe, Erscheinungen, die sich vom Ende Januar bis zum Juni zu voller Höhe entwickelt hatten. Im October sind die Sensibilitätsstörungen verschwunden, im December macht die Patientin bereits Spaziergänge, die Steigerung der Reflexe geht langsam zurück. Der Verf. gelangt zu der Annahme einer Querschnittserkrankung des Rückenmarkes ungefähr in der Höhe des 5. Brustmarkwurzelpaares. Als Ursache derselben vermag er, wie auch schon die Ueberschrift des Falles lehrt, eine Compression der Medulla spinalis nicht auszuschliessen.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

165. ***Ueber Piperazin.*** *Von DDr.* ***Riesenthal*** *und* ***Schmidt****, Berlin. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 2.)*

Auf Grund experimenteller und theoretischer Darlegungen und klinischer Beobachtungen kommen *Riesenthal* und *Schmidt,* ohne vorläufig ein abschliessendes Urtheil über das Piperazin fällen zu wollen, zu folgenden Resultaten: 1. Das Piperazin, ein in Wasser leicht lösliches, krystallinisches, durchaus ungiftiges Präparat, löst leicht Harnsäure und harnsaure Concremente und übertrifft darin alle bisher bekannten Mittel. Da es vom Magen aus leicht resorbirt wird und den Organismus unzersetzt passirt, so wirkt es im Organismus überall lösend, wo es mit Harnsäure oder harnsauren Concrementen in Berührung kommt. 2. Es wird innerlich am besten in dünner Lösung, etwa 1 Grm. auf den Tag, vertheilt, sei es in gewöhnlichem, sei es in Sodawasser angewendet. Der Geschmack ist ein so milder, dass das Piperazin bereits in einer Lösung von 1 : 100 kaum noch merklich hervortritt. Löst man 1 Grm. Piperazin in einer Flasche Sodawasser von circa 500 Grm. Inhalt, so wird der Geschmack des letzteren gar nicht verändert. 3. Es wirkt auf die Schleimhäute nicht ätzend und ist daher in 1—2% Lösung zur Ausspülung und damit zur allmäligen Lösung von harnsauren Blasensteinen geeignet. 4. Die leichte Löslichkeit macht es geeignet zur subcutanen Injection (etwa 0·1 Piperazin auf 1·0 Aqua oder verdünnter direct in die Gichknoten). 5. Die wässerig-spirituöse Lösung (1—2·0 Piperazin pur., 20 Spiritus, 80 Aqua) ist, in Form

Priessnitz'scher Umschläge auf gichtische Anschwellungen applicirt, geeignet, letztere günstig zu beeinflussen und dient als Unterstützungsmittel bei der innerlichen Anwendung. 6. Da das Piperazin nicht nur Harnsäure sehr leicht löst, sondern auch die zum Aufbau der Concremente dienende eiweissartige Substanz, so muss es auch häufig erweichend auf solche Concremente wirken, welche nicht ausschliesslich aus Harnsäure bestehen, also auf zusammengesetzte Harnsäuresteine. Es empfiehlt sich also auch hier die Anwendung des Mittels. Natürlich ist bei der Piperazinbehandlung auf die Diät die nöthige Rücksicht zu nehmen. Sollte sich das Mittel weiterhin wirklich so bewähren, wie es den Anschein hat, so dürfte manchem Patienten eine kostspielige und zeitraubende Badereise erspart werden. *H. Levy*, Breslau.

166. ***Ueber Salophen.*** *Von **P. Guttmann**. Vortr., geh. in der Berlin. med. Gesellsch. (Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 52.)*

Mit dem Namen „Salophen“ ist ein in den Farbenfabriken vormals Fr. Berger & Comp., Elberfeld, neu dargestellter Körper bezeichnet worden, der aus kleinen, weissen, krystallinischen, geruch- und geschmacklosen, in Wasser fast unlöslichen, in Alkohol und Aether leicht löslichen Blättchen besteht. In Natronlauge gelöst und erhitzt bis zum Kochen, spaltet sich das Salophen in salicylsaures Natron und Acetylparaamidophenol unter violetter bis blauer Färbung der Flüssigkeit. Diese Spaltung tritt auch im Organismus ein, beide Componenten sind im Harne leicht nachweisbar. Auf Grund der chemischen Zusammensetzung des Salophens und der genannten Spaltung hat *Guttmann* therapeutische Versuche mit dieser Substanz angestellt und gefunden, dass das Salophen für die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus ein brauchbares Arzneimittel ist. Auch gegen chronischen Gelenksrheumatismus und andere rheumatische Leiden kann es versucht werden. Um die antirheumatische Wirkung zu erzielen, muss die Dosis pro die mindestens 4 Grm. betragen; sie kann aber zweckmässig auf 6 Grm. bald erhöht und muss bis zum Nachlassen der Symptome täglich fortgesetzt werden. Unangenehme Nebenwirkungen traten bei dieser Dosis niemals auf. *H. Levy*, Breslau.

167. ***Thierversuche mit den Rückständen von der Rectification des Chloroforms durch Kälte.*** *Von Dr. **R. du Bois-Reymond**, ersten Assistenten von Prof. Raoul Pictet. (Ther. Monatsh. 1892. 1.)*

Bekanntlich gelang es Prof. *Pictet* mit jenem Apparate, mit welchem er durch Condensation den Sauerstoff in eine Flüssigkeit überführte, auch das Chloroform durch Umkrystallisation zu rectificiren. Das neue Erzeugniss, welches ein von chemischen Nebenproducten vollkommen freies Chloroform darstellt, kommt unter der Bezeichnung „Chloroformium medicinale Pictet“ in dem Handel vor. Die Untersuchungen von *du Bois-Reymond* hatten zum Ziele, die Unterschiede zwischen dem chemisch reinen Chloroformium medicinale und den durch die Krystallisation ausgeschiedenen Rückständen hinsichtlich ihrer physiologischen Wirkung durch Thierversuche objectiv darzustellen. Zugleich sollte ihr Ergebniss die Frage beantworten, ob die Verunreinigungen des Chloroforms einen nachtheiligen Einfluss anf die Narcose haben. *du Bois-Reymond* fasst die

erhaltenen Resultate in folgenden Sätzen zusammen: 1. An Gestalt der Pulswelle und Frequenz der Athmung war kein Unterschied zwischen der Wirkung des Rückstandes und der des Chloroformium medicinale zu bemerken. 2. Die Pulsfrequenz absolut durch Zeitschreiber zu bestimmen, ist leider verabsäumt worden. Vergleichsweise Zählung an 19 Curven ergab mit nur einer Ausnahme, dass die Frequenz im Augenblicke des Athmungsstillstandes bei Rückstandeinathmung grösser ist, als bei der des Chloroforms. 3. Der Blutdruck ist in der grossen Mehrzahl der Fälle im Augenblicke des Athmungsstillstandes höher, wenn Chloroformium medicinale, als wenn Rückstand inhalirt ist. 4. Die Zeit, innerhalb deren die Einathmung zum Stillstand der Athmung führt, ist bei Anwendung des Rückstandes bedeutend kürzer als beim Chloroformium medicinale, und zwar verhalten sich die Zeiten durchschnittlich wie 7 : 11. Aus diesen Versuchen geht mit Bestimmtheit hervor, dass in den unreinen Beimengungen des Handelschloroforms Stoffe enthalten sind, durch welche die Athmung bedeutend heftiger und ungünstiger beeinflusst wird, als durch das krystallreine Chloroformium medicinale Pictet. Der Vorzug des krystallisirten Chloroforms für die praktische Verwendung ist mithin nicht nur durch die ausgeschiedenen Unreinigkeiten, sondern auch durch die Wirkung unmittelbar demonstrirt. *Loebisch.*

168. ***Ueber prolongirte Formen des acuten Cocainismus.*** Von **Hallopeau.** *(Bull. génér. de thérap. 1891. 15. Juni.)*

Es unterliegt keinem Zweifel, dass das Cocain, so kurze Zeit es auch unter die Arzneimittel aufgenommen worden ist, bei der rasch erlangten Beliebtheit nicht nur eine grosse Verbreitung erlangt hat, sondern auch oft in sehr verschwenderischer Weise und vielfach in der Ueberzeugung verabfolgt wird, dass man es mit einem zwar rasch anästhesirend wirkenden, aber doch ziemlich harmlosen Mittel zu thun habe. So wird es auch in äusserst freigebiger Weise in der Zahnheilkunde verwendet. Die Mittheilungen *Hallopeau's* sind im Gegensatz hierzu warnende Beispiele von der Gefährlichkeit des Mittels, das zweifellos nicht allein zu den stärksten, sondern auch lange wirkenden Giften gehört, dessen Schädigungen schwer wieder zu beseitigen sind. Sie schliessen sich den bisher veröffentlichten Klagen über die Giftwirkung des Mittels an und mahnen im höchsten Grade zur Vorsicht, besonders bei subcutaner Anwendung. Die 3 Fälle, welche *Hallopeau* beschreibt und deren Verlauf im Einzelnen im Originale nachgesehen werden muss, berechtigen bezüglich des Cocains zu folgenden Schlüssen: 1. Eine einzige subcutane (oder submucöse) Injection von Cocain (0·008 in einem der Fälle) kann nicht nur unmittelbar sehr schwere Intoxicationserscheinungen bedingen, sondern auch sehr schlimme Folgezustände, die sich lange hinziehen, hervorrufen. 2. Die letzteren Folgezustände ähneln den unmittelbar auf die Injection folgenden Erscheinungen; sie bestehen in Genickstarre, Schwindel, Collapsanfällen und einem sehr heftigen, nicht zu beseitigenden Kopfschmerz, hin und wieder tritt ein eigenthümlicher beängstigender Erregungszustand ein, welcher sich in steter körperlicher Unruhe und Gesprächigkeit äussert. 3. Selbst minimale Dosen des Medicamentes erzeugen diese Zustände. 4. Sie können mehrere Monate dauern.

5. Man beobachtet sie besonders bei nervösen, leicht erregbaren Naturen. 6. Sie sind die Folge einer Einwirkung des Giftes auf das Centralnervensystem.

169. ***Ueber die Wirkung des Salipyrins bei der Influenza.*** *Von Dr.* ***Hennig****. (Allg. med. Central-Ztg. 1891. 93.)*

Hennig unterscheidet bei der Influenza vier Hauptgruppen mit einigen Unterabtheilungen, und zwar: 1. Die Influenza der Luftwege (respiratorische Form): *a)* in der rhinopharyngealen, *b)* in der laryngealen, *c)* in der bronchopulmonären Form; 2. die Influenza des Herzens und des Circulationsapparates (cardiale Form); 3. die gastrointestinale Influenza (gastrische Form): *a)* in der catarrhalischen, *b)* in der choleriformen, *c)* in der dysenterischen Form; 4. die Influenza des Nervensystems (nervöse Form): *a)* des Centralnervensystems, *b)* der peripherischen Nerven. Wie bei jeder Infectionskrankheit, steht eine hygienisch-diätetische Behandlung obenan. Zunächst kann nicht scharf genug betont werden, dass jeder, auch der leichteste Fall von Influenza, Ruhe und Schonung erheischt. Leichte Purgantien, Calomel, Ricinusöl, Rhabarber beugen den schweren gastrointestinalen Formen in hohem Masse vor, zumal wenn sofort eine strenge Diät eingeleitet wird. *Hennig* glaubt, dass wir in dem Salipyrin ein Specificum gegen die Influenza haben. Der günstige Einfluss des Antipyrinsalicylats erstreckt sich nicht nur auf Herabsetzung des Fiebers, sondern besonders auf Linderung der Schmerzen und Verminderung der Anschwellungen und Infiltrate. Den bei weitem hervorragendsten Einfluss übt das Salipyrin bei den nervösen und cardialen Formen der Influenza, einen ausserordentlich günstigen bei den respiratorischen und gastrischen Formen; bei den ersteren genügt neben den diätetisch-hygienischen Massnahmen das Salipyrin ganz allein, bei den zuletzt genannten Varietäten wendet man neben demselben mit Vortheil Expectorantien und Darmdesinfectionen an. Das Mittel, welches sich im Wasser sehr schwer, in Alkohol, Benzol leicht löst und einen widerlich brennenden, herbsüsslichen Geschmack von kurzer Dauer hat, lässt *Hennig* in abgekochtem, abgekühltem Wasser nehmen oder reicht es in folgender Schüttelmixtur, in welcher das Salipyrin mit Glycerin angerieben ist, und in welcher ungefähr auf 1 Löffel 1 Grm. Salipyrin kommt

Rp. *Salipyrin* *6·0,*
Glycerin *14·0,*
Syr. Rub. Id. *30·0,*
Aqu. destill. *40·0.*
DS. 1/4- bis 1/2stündl. 1 Esslöffel.

Der Geschmack verschwindet meist in wenigen Minuten nach Genuss irgend einer Flüssigkeit, einigen Pfefferminzplättchen oder etwas Weissbrod; für sehr empfindliche Patienten empfiehlt es sich, das Mittel in Oblaten oder in Kapseln à 1·0, resp. 0·5 Grm. zu verabreichen. Am vortheilhaftesten wirkt das Medicament in grösseren Dosen und in kurzen Intervallen gereicht, und zwar in den Nachmittagsstunden von 3 Uhr ab. Es genügen in den meisten Fällen 3·0—5·0, in 1/4—1/2—1stündl. Zwischenräumen, um eine Euphorie eintreten zu lassen, wie sie bei keinem anderen Mittel auch nur annähernd beobachtet wird. Die rheumatisch-ner-

vösen Erscheinungen, das oftmals heftig auftretende Fieber, die grosse Prostration schwinden in circa 3—6 Stunden, der Kranke verbringt dann meist eine ruhige Nacht und fühlt sich am nächsten Morgen wesentlich wohler, ja oftmals vollständig gesund. Es genügt, in diesen Fällen in den nächsten Tagen um dieselbe Zeit 1·0—2·0 Salipyrin zu geben, um die vollständige Genesung herbeizuführen, und nur in seltenen Fällen wurde es nothwendig, mehrere Tage nacheinander grössere Dosen (5·0—6·0) zu verabfolgen. Bei der respiratorischen Form, und zwar speciell bei der bronchopulmonären, wurde dann nebenbei Extr. fluid. Cocillana, 3- bis 4mal täglich 1 Theelöffel gegeben, und bei der gastrischen Varietät Kreolin und Acid. muriaticum.

170. ***Zur Behandlung der Basedow'schen Krankheit.*** *Von* ***Jaccoud.*** *(Revue de clin. et de thérap. 2. Sept 1891. — (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 49.)*

Die Behandlung des Morbus Basedowii gehört zu den schwierigsten und undankbarsten Aufgaben des Arztes. Die Nervina und vasomotorischen Medicamente sind völlig wirkungslos. Das so laut gepriesene Veratrin setzt in fracturirten Dosen nur momentan die Erregbarkeit der Medulla oblongata herab, ebenso rasch vorübergehend ist die Wirkung des Antipyrin. Die Digitalis ist, da sie den Blutdruck erhöht, völlig contraindicirt; mehr Vertrauen scheint im Beginne und auf der Höhe der Krankheit die Hydrotherapie, besonders in Verbindung mit der Elektrotherapie, zu verdienen. Sie bildet die Grundlage der Behandlung, und mit ihr verbindet man, nach *Jaccoud,* vortheilhaft den Arsenik und die Bromsalze. 1. Aeussere Therapie. Bei normaler, wie bei erhöhter arterieller Spannung überhaupt in den weitaus meisten Fällen, auch bei vorhandener Asystolie, ist die Hydrotherapie zuträglich. Bei empfindlichen Personen beginne man mit lauen Regendouchen von wenigen Secunden Dauer und gehe allmälig zu kälteren Douchen von längerer Dauer über. Im Falle Douchen durchaus nicht vertragen werden, ersetze man sie durch allgemeine Abwaschungen. Anämischen verordne man sofort von Beginn an die kalte bewegliche, mässig kräftige Douche, vermeide aber die Cervicalgegend. Ferner hat man Fichtennadelbäder mit folgender Brause auf das Herz mit Vortheil bei Anämischen angewendet. Die Hydrotherapie vermindert den nervösen Reizzustand und den beschleunigten Herzrhythmus. Bei Menstrualstörungen empfiehlt *Beni-Barde* kalte Sitzbäder, warme oder kalte Fussbäder und Uterindouchen. Während der Dauer der hydrotherapeutischen Behandlung empfiehlt sich die tägliche Applicirung kurzdauernder, ascendirender, constanter Ströme von schwacher Intensität längs des Verlaufes der Vagi zu beiden Seiten des Halses. Zuweilen nutzt auch die von *Vigouroux* angegebene elektrotherapeutische Methode, nämlich die abwechselnde Anwendung der Galvanisation und der Faradisation. Zur Faradisation setzt man zehn Minuten lang zu beiden Seiten des Halses den positiven Pol hinten am Halse und den negativen Pol auf die Carotisgegend, sodann fünf Minuten lang auf die Thyroidealgegend. Bei der Galvanisation wird der positive Pol auf die Präcordialgegend und der negative Pol hinten am Halse aufgesetzt. Hydrotherapie wie Elektrotherapie müssen 5—6 Monate lang fortgesetzt werden.

2. Innere Therapie. Nach *Jaccoud's* Vorgang kann man alternirend Arsenik- und Brompräparate anwenden. Die arsenige Säure wird in steigenden Dosen verordnet, indem man mit 0·002 beginnt und stufenweise auf 4·6 und 8 Mmgrm. pro die während einer Woche steigt. In der folgenden Woche setzt man den Arsenik aus und gibt statt dessen eine tägliche Dosis Bromkalium von 2—4 Grm. in zwei Dosen, Morgens und Abends, in alkalischem Mineralwasser genommen. Dann wieder eine Woche Arsenik, und so weiter abwechselnd. Tritt Asystolie in Folge von cardio-vasculärer Asthenie ein, so ist die vorsichtige Anwendung der Digitalis angezeigt, mag die Asystolie eine temporäre (acute Herzerweiterung) oder eine permanente (Klappenfehler, myocardiale Sclerose) sein. An Mineralwassern empfehlen sich die eisenhaltigen, doch muss man individualisiren; manchmal sind alkalisch-salinische u. a. indicirt. 3. Hygienische Therapie. Sie ist von grosser Wichtigkeit und besteht in strenger Enthaltung von Tabak, Thee, Kaffee und Alkohol, in Vermeidung jeder ermüdenden Muskelthätigkeit (während geregelte Herzgymnastik einen vorzüglichen Einfluss hat) und heftiger geistiger Erregungen, endlich in einer fast ausschliesslichen Milchdiät (1—2 Liter pro die), falls nicht eine unbesiegbare Idiosynkrasie dagegen vorhanden ist.

171. ***Behandlung der Pneumonie.*** *Von* **Sydney Coupland.** *(Brit. med. Journ. 1891. 1604.)*

Bei der Lungenentzündung ist das Fieber, dessen Höhe und Verlauf dasjenige, was auf die Prognose den entschiedensten Einfluss ausübt. Wie unverlässlich jedoch der Verlauf dieses Leidens ist, weiss ein Jeder: Niemand ist im Stande, sicher vorauszusagen, ob der betreffende Fall am 3. oder 10. Tage den kritischen Abfall haben wird. Was Wunder, wenn man in der Therapie noch immer keine ganz und gar verlässlichen Mittel hat? Was der Eine als sicher wirkend anerkennt, das verwirft der Andere ganz. Es wäre z. B. theoretisch denkbar und bei Fällen an kräftigen Individuen wohl auch zu versuchen, die Krankheit mit Stibium, Coniin, Veratrin zu bekämpfen, wer würde es aber wagen, diese Mittel bei „asthenischer" Pneumonie, bei älteren Individuen, bei schwachem Herz anzuwenden? Wenn man ausserdem berücksichtigt, wie jede Epidemie einer jeden Jahreszeit ungemein verschieden ist in Hinsicht auf den Verlauf und Mortalität, wird man die Schwierigkeit einer richtigen Therapie noch grösser finden. Verf. stellt die Frage: Gibt es eine Behandlung, die den Verlauf abkürzt und die Mortalität geringer macht? Es scheint, dass die „restaurative" Methode von *Hughes Bennett* am meisten ausreicht, den Körper zu kräftigen, um ihn widerstandsfähiger gegen das Krankheitsgift zu machen und das Gift selbst womöglich zu paralysiren. Kräftige, aber gut assimilirbare Ernährung und Excitantia. Unter den letzteren nimmt Alkohol die erste Stelle ein, als Excitans und als „Sparmittel" für den Organismus, oft aber werden Ammoniak, Aether, Digitalis und Coffeïn (wenn nöthig subcutan) auch anzuwenden sein. Die Bekämpfung des Fiebers ist nicht minder wichtig, und hier wie in anderen Infectionskrankheiten ist die Kälte oft wirksamer als alle Arzneien. Namentlich der localen Kälteanwendung in Form des nassen Umschlages oder Eisblase spricht *Coupland* ein warmes

Wort. Was die Antipyretica anbelangt (Chinin, Salicyl, Antipyrin, Acetanilid, Phenacetin u. s. w.), muss ihre Anwendung bei Pneumonie unter allen Umständen eine vorsichtige sein. Das Chinin verdient noch am meisten Vertrauen. Gegen die Schmerzen bei complicirender Pleuritis unter Umständen eine Morphininjection. Doch auch hier wirkt Kälte wohlthuend und in anderen Fällen einige Blutegel. Die Venäsection darf nicht aus der Reihe der Therapeutica gestrichen werden, wo es sich darum handelt, das rechte Herz sofort und ausgiebig zu entlasten.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

172. ***Chirurgische Behandlung der Intussusception.*** *Von Dr.* ***Senn.*** *(Canadian Practitioner. 1891. 16. Juli. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1891. 2.)*

Nach dem Zustandekommen einer Invagination sorge man sofort für völlige Ruhigstellung des Darmes durch reichliche Opiumgaben und entleere den Magen mit der Magensonde. Ist die Diagnose sicher, so muss man sofort Massregeln in's Werk setzen, die darauf hinausgehen, die Invagination zu lösen. Zunächst kann man einen Versuch machen, Luft oder Wasserstoff in den Mastdarm einzublasen; ist die Erkrankung noch jüngeren Datums, so wird sie dadurch oft ohne Weiteres sich beseitigen lassen. Verf. hat in zwei derartigen Fällen prompte Heilung erzielt. Die Kranken müssen zur Vornahme der Manipulation auf den Bauch gelegt und chloroformirt werden. Lässt die Invagination sich in dieser Weise nicht lösen, so muss sofort bei andauernder Narcose der entsprechende operative Eingriff gemacht werden. Derselbe soll womöglich immer in der Laparotomie und radicalen Beseitigung der Affection bestehen. Nur wenn das Befinden des Kranken ein sehr schlechtes ist, so dass es voraussichtlich einen grossen Eingriff nicht ertragen würde, darf die Enterostomie, bezw. Kolostomie gemacht werden. Bevor man nach dem Bauchschnitt die Lösung der Invagination versucht, bemühe man sich, durch eine andauernde Compression des invaginirten Darmes vermittelst eines Schwammes das fast immer vorhandene, die Reduction behindernde Oedem zu beseitigen. Die Lösung der Invagination soll nicht nur durch Zug, sondern auch durch Druck auf das Intussusceptum von unten nach oben geschehen. Zur Unterstützung der Reposition sind, wie Verf. in einem einschlägigen Falle gesehen, Lufteinblasungen in den Mastdarm von hohem Werth. Etwaige Adhäsionen zwischen den aneinander liegenden Serosaflächen werden vorher mit der *Kocher*'schen Sonde oder mit einer stumpfendigen Scheere durchtrennt. Der Darm muss nach gelungener Reduction genau untersucht, etwaige Risse oder brandige Stellen übernäht werden. Einem Wiederkehren der Invagination sucht man dadurch vorzubeugen, dass man das Mesenterium in der Richtung des Darmes zusammenfaltet und mit einigen Nähten in dieser Stellung fixirt. Die Lösung der Invagination ist contraindicirt, wenn der afficirte Darm deutliche Zeichen von Brand aufweist; in solchen Fällen ist unbedingt die Resection nothwendig. Das Intussusceptum muss immer ganz resecirt werden, vom Intus-

suscipiens aber nur so viel, als gangränös erscheint. Ist nach der Resection eine circuläre Vereinigung des Darmes aus irgend welchen Gründen nicht ausführbar, so mache man entweder eine seitliche Implantation oder bilde eine Anastomose. Die Bildung einer Darmanastomose ist auch dann angezeigt, wenn die Invagination nicht sehr gross, aber irreponibel ist und der Darm keine Zeichen von Brand aufweist; man braucht dann den invaginirten Theil nicht zu reseciren. Bei einer sehr grossen Invagination dieser Art würde man durch die einfache Anastomose ein zu grosses Stück Darm ausschalten. Für solche Fälle empfiehlt es sich, unterhalb des Halses der Invagination den Darm in der Längsrichtung zu eröffnen, den invaginirten Darmtheil doppelt abzubinden, zu durchtrennen und das ganze Intussusceptum herauszuziehen; der Schlitz wird dann mit einem entsprechenden Schlitz in einem höher gelegenen Darmtheil, wie bei der Anastomose vereinigt. Bei der vom Mastdarm aus erreichbaren Invaginatio colicorectalis wird der invaginirte Theil am besten vom Mastdarm aus exstirpirt und die beiden Enden mit einander vernäht (nach *Mikulicz*).

173. ***Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speciell den nach Eclampsie auftretenden.*** *Von Prof.* ***R. Olshausen.*** *(Zeitschr. f. Geburtsh. Bd. XXI. — Deutsch. med. Wochenschr. 1892. I.)*

Unter 200 Fällen von Eclampsie, welche in $5^1/_4$ Jahren in der Universitäts-Frauenklinik in Berlin zur Beobachtung kamen, wurden in 11 Fällen nachfolgende Psychosen beobachtet. Die Psychosen sind nach Eclampsie keine Seltenheit. Sie treten früh auf (2 bis 4 Tage, selten später), sie zeichnen sich aus durch die Constanz der Hallucinationen, durch raschen, fieberlosen Verlauf, durch meist günstigen Ausgang. Es handelt sich zweifellos um Intoxicationspsychosen, in engem Zusammenhang mit urämischer Veränderung des Blutes. *Olshausen* empfiehlt folgende Dreitheilung der Psychosen: 1. Psychosen, welche von einer fieberhaften Puerperalerkrankung direct abhängig sind: Infectionspsychosen. 2. Idiopathische Psychosen, ohne körperliche, fieberhafte Erkrankung (Lactation, Blutverlust). 3. Intoxicationspsychosen nach Eclampsie oder ausnahmsweise bei Urämie ohne Eclampsie.

174. ***Entfernung zahlreicher Harnsteine von der Blase und der Urethra aus.*** *Von Dr.* ***J. A. Cunningham.*** *(The Brit. med. Journ. 1890. July 5. — Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 51.)*

Es handelte sich um einen 20jährigen jungen Mann, der seit sieben Jahren an Steinbeschwerden litt und angab, es seien mehrere kleine Steinstückchen durch die Urethra abgegangen. Die Untersuchung ergab Phimosis und mehrere Perinealfisteln, aus denen sich zersetzter Urin entleerte; letzterer konnte aus der Urethra nur tropfenweise gelassen werden; in der Glans penis fühlte die Sonde einen eingekeilten Stein. Nach Spaltung der Phimosis wurde zunächst dieser und von derselben Stelle noch zwei Steine entfernt, andere wurden mit der Sonde in der Pars membranacea entdeckt, und nun von hier mit vieler Schwierigkeit noch 9 Steinstückchen entwickelt. Die Harnröhre wurde dabei natürlich beträchtlich mitgenommen. Das grösste Stück, welches so mit der Zange entwickelt worden, war ein sehr scharfwinkliges, einen halben Zoll langes, $^3/_8$ Zoll breites und $^1/_4$ Zoll dickes Stück von 0·5 Grm.

Gewicht. Nach der Reinigung der Urethra erwies sich die sehr reizbare Blase ebenfalls voll gefüllt mit kleinen Steinen, über denen sie fest zusammengezogen war. Durch seitlichen Steinschnitt wurden aus der Blase noch 23 scharfe, winklige, facettirte Steinchen mit der Steinzange entfernt. Das gesammte Gewicht der 35 aus Urethra und Blase entleerten Steinchen betrug fast 30 Grm.; sie bestanden hauptsächlich aus Phosphaten. Der Patient, begreiflicherweise sehr erleichtert, wurde völlig geheilt und urinirte bei seiner Entlassung durch die Urethra.

175. ***Actinomycose des Angesichtes, geheilt durch elektrochemische Einwirkung.*** *Von* **G. Gaitier.** *(Rev. internat. d'électrothérap. 1891. 11. — Oesterr.-ungar. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 41.)*

Mittelst Elektrolyse hat *Gaitier* bei einer Pat. die Actinomycose der ganzen rechten Gesichtshälfte soweit geheilt, dass dieselbe fast normales Aussehen hat; die Haut hatte vor der Behandlung das Ansehen wie beim Lupus vulgaris. Die Behandlung selbst beschreibt *Gaitier* wie folgt: Chloroformnarcose, dreimal mit achttägigen Intervallen und jede einzelne Operation dauerte 20 Minuten. In die eiternden Knötchen wurden zwei Platinnadeln geführt, die eine verbunden mit dem negativen, die andere mit dem positiven Pole, Stromstärke bis zu 50 MA; er hat ausserdem tropfenweise Jodkalium zugeführt. Es entstanden harte und schwarze, doch an beiden Polen gleiche Narben. Die noch rothe Gesichtshaut und die Narben hat *Gaitier* so zum normalen Aussehen gebracht, dass er zwei Kohlentampons mit 2 Cm. Durchmesser mit hydrophiler Gaze bedeckt und mit einigen Tropfen einer 10%igen Jodkaliumlösung benässt auf die harten Narben brachte, nachdem die Tampons mit den Elektroden verbunden waren. Es ist nothwendig, um mit Erfolg arbeiten zu können, dass die Elektrode sehr dünn sei, und dass sie durch Zersetzung des Jodkalium nicht angegriffen werde. Dazu ist am besten Kohle, dann Platin.

176. ***Fall eines geheilten Gehirnabscesses.*** *Von* **Lohmeyer.** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 37. — Centralbl. f. Chir. 1892. 2.)*

Ein 47jähriger Mann litt im Jahr 1862 und an derselben Stelle im Jahre 1863 an einer Eiterbeule hinter und über dem rechten Ohr, die damals für Caries gehalten wurde. Sie hat eine mit dem verdünnten Schädel verwachsene Narbe hinterlassen. Im März d. J. erkrankte er an bohrendem Kopfschmerz auf der rechten Seite und Schwindel. Ohrenfluss war nie vorhanden. Hauptklage blieb ein sehr heftiger Schmerz an einem bestimmten Punkt der rechten Schläfegegend; Druck steigert den Schmerz bedeutend. 9 Cm. hinter diesem Punkt ist die Narbe von der Eiterbeule, kaum schmerzhaft; besonders wird der Schmerz an der genannten Stelle empfunden. Mässiges Fieber; sonst keine objectiven Symptome. Ende April stellte sich ödematöse Schwellung und Lähmung der linken Unterextremität ein; später Pulsverlangsamung (54); 16. Mai vollständige Lähmung der linken Oberextremität, Puls 40. 19. Mai Ptosis, dann Sopor, äusserst heftiger Kopfschmerz, Druckempfindung in der Augenhöhle. Rechts beginnende Stauungspapille; Pupillenreaction. 12. Juni vollständiges Coma. Die Diagnose wurde auf Gehirnabscess gestellt, der im oberen Theil des Lobus centralis

posterior et anterior seinen Ursprung genommen haben und von da sich nach unten und vorn ausgebreitet haben musste. Der Mittelpunkt desselben, der schmerzhaften Stelle am Schädel entsprechend, wurde als ungefähr der Mitte des Lobus centralis anterior entsprechend angenommen. Operation: Incision über dem schmerzhaften Punkt; Ausmeisselung eines markstückgrossen Stückes. Oedematöse, nicht pulsirende Gehirnmasse, die sich in die Schädellücke drängte, wurde 1 Cm. tief incidirt, es entleerten sich dann 60—70 Cm. Eiter. Der Verlauf war sehr günstig; die Lähmungen verschwanden in derselben Reihenfolge, wie sie gekommen waren. Nach $6^1/_2$ Wochen konnte der Mann seine Arbeit wieder aufnehmen.

177. ***Metallnaht bei Kniescheibenquerbruch.*** *Von Dr.* **Cesari**, *Pisa. (Gazz. degli ospitali. 1891. 76. — Centralbl. f. Chir. 1892. 3.)*

Directer Bruch der Kniescheibe durch Sturz von einer Treppe. Die Fragmente 5 Cm. von einander entfernt; enormer Bluterguss in das Kniegelenk. Am 3. Tage nach der Verletzung machte Prof. *Romiti* die Knochennaht: Querschnitt; das obere Fragment war in ein grosses centrales Mittelstück und zwei seitliche kleinere Bruchstücke gespalten (Sternfractur). Das distale Fragment war „ganz". Ausspülung der Gelenkhöhle mit $^1/_2{}^0/_{00}$igem Sublimat, Entfernung der Blutgerinnsel. Das grosse Mittelstück des oberen Fragmentes wird mit dem unteren durch Silberdrahtnaht verbunden. Die seitlichen kleineren Stücke des oberen Fragmentes werden entfernt. Quadricepssehne und die seitlichen zerrissenen Kniescheibenbänder werden mit Seide genäht. Verband in Streckstellung; nach 10 Tagen konnte bereits perfecte Callusbildung nachgewiesen werden. Von da an wurde der immobilisirende Verband weggelassen; unter Massage und täglichen passiven Bewegungen (neben Flection im Knie auch seitliche Bewegungen der Kniescheibe) trat sehr rasch die normale Functionstüchtigkeit ein.

178. ***Zur Technik und Prognose des conservativen Kaiserschnittes.*** *Von* **Poten**, *Celle. (Arch. f. Gyn. Bd. XL. Heft 3, pag. 511.)*

Poten nahm in der letzten Zeit vier Kaiserschnitte vor. Der eine kommt in Bezug auf den Erfolg nicht in Betracht, da er eine moribunde Pneumonikerin mit osteomalakischem Becken betraf, die kurz post operationem starb. Die Frucht entwickelte er lebend und blieb selbe erhalten. Die drei anderen Fälle betrafen Frauen, bei denen des rachitischen Beckens wegen der Kaiserschnitt gemacht wurde. Alle Operirten blieben gesund, trotzdem eine an einer Nephritis litt, die im Puerperium schwand. Die Früchte blieben alle am Leben. Zweimal wurde bei stehenden, einmal bei abfliessenden Wässern operirt. *Poten* vernähte die Uteruswunde mit Seidenknopfnähten, ebenso einfach wie die Bauchdecken, ohne jedoch die Decidua zu durchstechen. Eine specielle Desinfection der Genitalien vermied er, von dem richtigen Standpunkte ausgehend, dass, wenn nicht an eine stattgefundene Infection von der Seite aus zu denken ist, eine Desinfection überflüssig ist. Vor dem Bauchschnitte, als der Unterleib gewaschen und desinficirt wurde, machte er eine subcutane Ergotininjection, um kräftige Uteruscontractionen anzuregen. Die Naht legte er am Uterus deshalb in so einfacher Weise an, um die Operationsdauer abzukürzen, d. h. um zu ver-

hüten, dass der Gummischlauch lange liege, der in einem solchen Falle bekanntlich leicht Uterusparalyse folgt und sich der Uterus nachträglich nicht oder nicht gehörig contrahirt. *Poten* geht von dem richtigen, bisher aber nicht beachteten Standpunkte aus, dass statistische Daten über den Kaiserschnitt nur dann Werth haben können, wenn sie Reihen gleichartiger Fälle entnommen sind. Er findet, dass dort, wo die Mütter gesund sind, früher durch Untersuchungen nicht inficirt wurden, das Mortalitätspercent nicht einmal 4% und bei den Früchten gleich Null ist. Ist aber das Befinden der Mutter bereits ungünstiger, so steigt das Mortalitätspercent bis auf 55—56%. Daraus ergibt sich, dass man in solchen Fällen, um die Mutter zu retten, wenn es angeht, lieber die Perforation vornehmen soll, als einen weniger gefährlichen Eingriff. Ist aber die Mutter gesund, so kann man es schon wagen, einen schwereren operativen Eingriff — den Kaiserschnitt — vorzunehmen, um womöglich Mutter und Frucht zu retten. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

179. ***Ablösung der Netzhaut.*** *Von Dr.* ***Story****. Ophthalm. Society of the Unit. Kingdom. (Brit. med. Journ. 1891. 20. Juni. — Centralbl. f. Augenhk. 1891. Dec.)*

Verf. beschreibt einen bemerkenswerthen Fall von Aderhautablösung beider Augen bei einem 29jährigen Manne, der in seiner Jugend zwar leichte Verletzungen in der Gegend der Augen erlitten hatte, ohne dass aber ein Zusammenhang damit für wahrscheinlich gelten konnte. In den zwei Jahren der ärztlichen Beobachtung gingen nur unwesentliche Veränderungen vor sich, was die Ausdehnung der Ablösung betrifft. Seine Sehschärfe betrug dauernd Finger auf 2, resp. 4 Meter. Die Tension war normal, bisweilen eher subnormal, die Medien klar bis auf einen Fleck der linken Hornhaut, Trübungen in beiden Glaskörpern; Papillen leicht getrübt und alle Gefässe durch perivasculäre Streifen verdeckt. Im rechten Auge zeigten sich nur zwei halbkugelförmige Ablösungen der Netzhaut, eine an der Macula lutea, ungefähr drei Papillen Durchmesser gross, die andere an der unteren nasalen Peripherie von grösserer Ausdehnung. Sonst war überall das Stroma der Chorioidea deutlich sichtbar und überall in einem Niveau mit den Netzhautgefässen. Es folgen dann die Masse der Prominenzen an den verschiedenen Stellen.

180. ***Ein Beitrag zur Wirkung der cantharidinsauren Salze.*** *Von Dr.* ***Heryng****. (Ther. Monatsh. 1891. Nov. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 2.)*

Heryng hat 20 Fälle von Larynx- und Lungentuberculose nach der Vorschrift *Liebreich's* mit Injectionen von cantharidinsaurem Kali behandelt. Seine Erfahrungen führten *Heryng* zu folgenden Ansichten: 1. Dass die Injectionen von Cantharidin im Anfangsstadium der tuberculösen Larynxphthise, d. h. bei oberflächlichen Stimmbandgeschwüren und Infiltraten der hinteren Larynxwand, in einigen Fällen eine Abschwellung der infiltrirten Partien zur Folge hatten und durch seröse Durchtränkung des Geschwürsbodens eine schnelle Reinigung desselben zu Stande kommt. 2. Die Heilung

der Geschwüre selbst günstig beeinflusst wird. 3. Bei Anwendung von 0·2 Mgrm. keine irritative Wirkung auf den Harnapparat constatirt wird. 4. In schweren Fällen von diffuser, mit Infiltrationen, Zerfall oder Perichondritis einhergehender Larynxtuberculose, eben so wie bei schlechter Ernährung, hectischen Zuständen, Reizerscheinungen von Seiten des Darmes und der Nieren ist diese Behandlung contraindicirt. 5. Bei mehr als 0·3 Mgrm. betragenden Dosen treten Reizerscheinungen auf seitens der Nieren und der Blase, es erscheinen Albumen und Blutspuren im Harne, Dysurie, seltener Kreuzschmerzen, Schwächegefühl, leichte, mehrere Tage anhaltende Diarrhöe. 6. Die Schattenseite der Behandlung bilden manchmal sogar in mittelschweren Fällen nach prolongirten, mehr als 0·3 Mgrm. betragenden Dosen rasch auftretende diffuse Oedeme, sowohl in der Umgebung der infiltrirten Partien, wie auch in der Nähe der ulcerirten Stellen, welche die Dysphagie vergrössern und, obwohl dieselben nach einigen Tagen von selbst verschwinden, dennoch bei ambulanter Behandlung zur Vorsicht mahnen.

181. ***Ueber die praktische Verwerthbarkeit des Pseudoephedrins.*** *Von* **Günsburg.** *(Arch. f. Augenhk. Bd. XXII. Heft 2. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 3.)*

Das Pseudoephedrin wird zur Pupillenerweiterung bei Augenspiegeluntersuchungen angewendet; es ist ein Alkaloid, welches von *Merck* aus Ephedra isolirt wurde, aus der auch *Nagai* das Ephedrin dargestellt hat. Die durch dieses Mittel hervorgerufene Pupillenerweiterung gleicht im Durchschnitte der durch eine 5%ige Cocainlösung erzeugten. Dieselbe erreicht bei Anwendung einer 10—15%igen Lösung nach circa 50—60 Minuten ihr Maximum, nach dreimaliger Einträuflung in circa 40 Minuten, sie dauert im Durchschnitte 10 Stunden. Auf der Höhe der Einwirkung zeigt sich eine messbare Erweiterung der Lidspalte, verbunden mit ganz leichtem Hervortreten des Augapfels. Während der Mydriasis sind die Reflexe auf Licht und Accommodation erhalten; die Refraction wird durch dieses Mittel nicht afficirt. Die Vortheile des Mittels sind die, dass der Patient nach der Einträuflung in keiner Weise im Sehen gestört ist, dass die Mydriasis bald schwindet, und dass der intraoculäre Druck in keiner Weise beeinflusst wird.

182. ***Zur Diagnose der adenoiden Vegetationen.*** *Von Dr.* **Ernst Winckler.** *(Wien. med. Wochenschr. 1891. 21. — Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 52.)*

Verf. macht auf ein zuerst von *Schäffer* als für Vergrösserung der Rachenmandel (adenoide Vegetationen) bezeichnend herangezogenes Kennzeichen als thatsächlich häufig mit jener zusammen vorkommend aufmerksam. Bei solchen Kranken soll bei der vorderen Nasenspiegelung die Schleimhaut des Nasenbodens zu Längsfalten erhoben sein, und zwar entweder ziemlich in der Mitte des Nasenganges oder unterhalb der unteren Muschel oder auch, aber seltener, dicht an der Nasenscheidewand. Meist nehmen die Längsfalten nur die vordere Hälfte des Nasenbodens ein, doch können sie sich auch bis weit in die hintere Hälfte erstrecken. Auch uns sind die Falten am Nasenboden wiederholt aufgefallen; doch haben wir dieselben mit der stets vorhanden gewesenen Dauerentzündung der Nasenschleimhaut (Rhinitis chronica hyperplastica) in Verbin-

dung gebracht, wenn auch die Rachenmandel vergrössert war und entfernt werden musste. Wir möchten jetzt aber den Wunsch aussprechen, dass jene Faltenbildung von zuständiger Seite genauer untersucht würde, damit festgestellt werden könnte, ob dieselbe nicht aus vergrössertem adenoiden Gewebe bestände, in welchem Falle sie ja zweifellos in dem *Schäffer*'schen Sinne gedeutet werden müsste.

183. ***Die Behandlung der Amblyopien und Amaurosen mit Strychnin.*** *Von Dr.* **Carl Hoor,** *k. u. k. Regimentsarzt. (Gyógyászat. 1891. 30. — Ther. Monatsh. 1892. 1.)*

Seitdem *Nagel* das schon früher von englischen Aerzten angewendete Strychnin wieder zu Ehren brachte, fanden Augenärzte, dass es den Erwartungen nicht entspreche, welche man nach den Empfehlungen daran knüpfen durfte. Verf. wendete das Strychnin in Fällen von Amblyopie, Neuritis und Neuroretinitis, Amblyopie und Amaurose nach grösserem Blutverluste und Amblyopie ohne positiven ophthalmoskopischen Befund an. Das Mittel wurde in wässeriger Lösung in der Schläfengegend subcutan applicirt. Die erste Dosis war 1 Mgrm., dann wurde täglich mit 1 Mgrm. gesteigert, nach einer Woche Pause von einem Tage, dann wieder 7 Mgrm. und von da an täglich mit 1 Mgrm. weniger. Es wurden zumeist 2 bis 3 solcher Cyclen vorgenommen. Bei dieser Vorsicht wird das Strychninum nitricum keine Intoxicationserscheinungen hervorrufen. In den 11 mit Strychnininjectionen behandelten Fällen constatirte Verf. hervorragende Besserung nur in 2 Fällen von Amaurose; nach stärkerem Blutverluste wurde keine Besserung erreicht. Ausserdem versuchte Verf. das Strychnin in 6 Fällen von Amblyopia ex anopsia, jedoch ohne jeden Erfolg.

Dermatologie und Syphilis.

184. ***Ein ausserordentlich wirksames Mittel zur Beseitigung des Juckreizes.*** *Von Dr.* **Richard Klein,** *Berlin. (Ther. Monatsh. 1892. 1.)*

Als solches empfiehlt auf Grund zahlreicher Erfahrungen bei Masern, Scharlach und Windpocken Verf. das Ungt. Lanolini mit einem Zusatze von 60% Wasser. Die Receptformel hierzu lautet:

Rp. *Lanolini puriss. Liebr. anhydrici* 50,
Vaselin. americ. 20,
Aq. destillat. 25,
Misce terendo fiat unguentum.

Dreistündlich zur Einreibung. Bei dem grossen Wassergehalte der Salbe entsteht nach ihrer Verreibung eine starke Verdunstung des suspendirten Wassers und damit eine angenehm wirkende Abkühlung der Hautoberfläche. Dass hierdurch eine Verminderung der capillären Hyperämie der Cutis stattfindet, dürfte sehr wahrscheinlich sein und damit die günstige Beeinflussung des Juckreizes zusammenhängen. Absolut reizlos und schnell resorbirbar, lässt sich diese Salbe in jedem Stadium der genannten Exantheme anwenden.

185. ***Zur Abortivbehandlung der Syphilis durch Excision des Primäraffectes.*** *Von **R. W. Taylor.** (Med. Rec. New-York 1891. 4. Juli. — Centralbl. f. Chir. 1892. 3.)*

Im Gegensatz zu den neuesten Publicationen von *Jullien* und *Leloir* hält *Taylor* die Abortivbehandlung der Lues durch Ausschneiden des Primäraffectes für völlig nutzlos. Der Grund des Misslingens liege darin, dass Veränderungen an Blut- und Lymphgefässen in grösserer Entfernung von der Inoculationsstelle bereits stattgefunden haben, ehe der Schanker bemerkt werden könne, und dass so die Entfernung niemals eine totale sei. Die mikroskopische Untersuchung zweier Fälle ergab eine schon im frühen Stadium nachweisbare, sehr weite Verbreiterung der Erkrankung. In einem Falle war 18 Tage post infectionem eben eine kleine Verhärtung am freien Rande des Präputiums erschienen; trotzdem nun die ganze, circa $1^1/_2$ Zoll lange Vorhaut entfernt wurde, war am Grunde eine Begrenzung der syphilitischen Gefässveränderungen nicht vorhanden. Endophlebitis und Periphlebitis sind das Charakteristicum des mikroskopischen Bildes; die enorm schnelle Verbreitung des „Virus" auf dem Wege der Gefässbahnen vereitelt alle operativen Massnahmen. Im Wesentlichen gleiche Resultate erhielt *Kullneff* (Inaug.-Dissertat., Petersburg 1889).

186. ***Die Behandlung des Erysipels.*** *Von Dr. **Stanislaus Klein.** Aus der Klinik des Prof. Stolnikow in Warschau. (Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 30.)*

Klein bekämpft das Erysipel mit Ammonium sulfoichthyolicum. Ist das Erysipel auf eine grosse Strecke verbreitet, z. B. auf den Stamm, so genügt eine schwächere Salbe, aus gleichen Theilen Ichthyol, Wasser und Lanolin bestehend. Dasselbe Präparat, aber weniger consistent, lässt sich auch sehr gut an stark behaarten Stellen anwenden. Es ist zweckmässig, der Anwendung des Ichthyols eine gründliche Desinfection aller existirenden Wunden vorauszuschicken und die vom Erysipelas behaftete Stelle mit Seifenwasser abzuwaschen, um die Haut weicher und für die Aufnahme des Ichthyols nachgiebiger zu machen. Das Einreiben des Ichthyols lässt sich am bequemsten mit der Hand vollziehen, wobei man gewöhnlich von der umgebenden gesunden Haut anfängt (etwa handbreit von der kranken Stelle) und allmälig auf die kranken Theile übergeht. Das Schmieren, richtiger das Einreiben, soll, insofern es die empfindliche Haut gestattet, ziemlich energisch, etwa einer leichten Massage ähnlich, ausgeführt werden. Dann wird noch so viel der Salbe einfach aufgetragen, dass die ganze kranke Hautgegend gleichmässig dunkelbraun gefärbt ist, darüber kommt eine dünne Lage hydrophiler Gaze, die in Salicylsäurewasser angefeuchtet ist, und dann eine viel dickere von gewöhnlicher, nicht entfetteter Watte. Eine leichte Bandage beendet die Procedur, die zwei- bis dreimal täglich vorgenommen werden muss, und zwar so lange, bis man binnen 3—4 Tagen keine Temperatursteigerung bemerkt. Die Ichthyolsalbe lässt sich ziemlich gut mit warmem Seifenwasser abwaschen. Die Kranken ertragen die Salbe ganz gut, wobei das Gefühl der Hitze und Spannung bedeutend gelindert wird. *Klein* gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Das Ichthyol wirkt

unzweifelhaft hemmend auf die Entwicklungsvorgänge des Erysipelcoccus in der Haut, und zwar entweder durch seine reducirende Wirkung auf die Gewebe oder durch die unmittelbare Beeinflussung des Mikroorganismus, oder endlich durch beides gleichzeitig. 2. Es kürzt die Ichthyolbehandlung die mittlere Dauer des Erysipels um die Hälfte ab. 3. Die Behandlungsdauer beträgt 3—4 Tage, ebenso lange dauern die von vornherein mit Ichthyol behandelten Fälle. 4. Der Verlauf des Erysipels wird unter dem Einflusse des Ichthyols bedeutend milderer, was sich aus dem veränderten Typus des Fiebers, wie auch aus dem häufigen Abfall der Morgen-, sogar der Abendtemperaturen ersehen lässt.

187. ***Ueber acute gelbe Leberatrophie in der Frühperiode der Syphilis.*** *Von Dr.* ***Engel-Reimers****. (Jahrb. der Hamburger Staatskrankenanstalten. Leipzig 1890. — Schmidt's Jahrb. d. ges. Med. Bd.* CCXXXIII. *41. 1892. 1.)*

Engel-Reimers hat im Hamburger Krankenhause unter 759 Fällen von frischer Syphilis 11mal, d. h. in 1·4% der Fälle, Icterus als directe Folge der Syphilis, und zwar entweder als ein die ersten Allgemeinsymptome oder ein neues, recidiveinleitendes Symptom beobachtet; immer wurde der Icterus bei allgemeiner starker Drüsenschwellung gefunden, so dass Verf. sich zu der durch die Sectionen bestätigten Ansicht bekennt, dass es sich jedesmal um einen vorübergehenden und gutartigen Stauungsicterus handle, und zwar im Anschlusse an eine Schwellung portaler Lymphdrüsen. Zweitens veröffentlicht *Engel-Reimers* in demselben Berichte einige Krankengeschichten, welche den Icterus nicht nur als einen harmlosen Stauungsicterus, vielmehr im Symptomencomplexe der sogenannten acuten gelben Leberatrophie innerhalb eines nur mehrmonatlichen Zeitraumes nach der Infection zeigen, und zwar in Fällen, in denen von vornherein ein maligner Verlauf bestand. Jeder dieser Fälle endete tödtlich, einer war durch Gravidität complicirt. Jedesmal war der Icterus ein anscheinend harmloses Prodromalsymptom, das schnell einsetzende und sich steigernde Cerebralsymptome zu grosser pathognomonischer Bedeutung erhoben. Im Harn fanden sich reichliche Mengen von Eiweiss, Pigmentschollen, Cylinder, Leucin und Tyrosin, in der kleinen welken Leber Untergang der parenchymatösen Substanz und Schwund der Leberzellen. Als Endsymptome beobachtete *Engel-Reimers* Hautblutungen und das durch *Wunderlich* zuerst beschriebene prämortale Ansteigen der Temperatur.

188. ***Ueber Lippenfrost.*** *Von* ***P. Taenzer****, Bremen. (Monatsschr. f. prakt. Dermat. 1891. — Deutsch. med. Ztg. 1891.)*

Taenzer berichtet, dass bei einem jetzt 33jährigen Herrn seit 20 Jahren regelmässig gegen Ende October eine Auflockerung und Abhebung der Hornschicht im mittleren Drittel der Unterlippe entsteht, welche sich, oft mehreremale am Tage, etwa eine Woche hindurch wiederholt. Dann schwillt unter leichtem Brennen und Jucken die Stelle, welche eine bläulichrothe bis rothbraune Farbe annimmt, an, und innerhalb dieser weichen Anschwellung selbst fühlt man einen etwa kleinkirschgrossen runden Tumor von teigiger Consistenz, welcher nach 1—2 Tagen durch eine immer tiefer eindringende Rhagade in zwei seitliche Hälften getheilt

wird. Im weiteren Verlaufe des Processes trocknet die Hornschicht auf den beiden halbkugeligen Theilen ein, beginnt von der Peripherie aus sich abzulösen und nach oben umzukrempen, und wenn sie sich, was im Verlaufe eines Tages zu geschehen pflegt, vollständig abgelöst hat, ist die Lippe scheinbar ganz normal, nur sehr empfindlich. Bei der geringsten stärkeren Muskelbewegung aber, z. B. beim Lachen, Essen u. dergl., reisst sie wieder in der Mitte ein und der Process beginnt von Neuem, so dass der Patient einige 20 derartige Schübe im Winter durchzumachen hat. Verf. weiss die Affection, von der während der wärmeren Jahreszeit durchaus nichts zu bemerken ist, nur als „Lippenfrost" zu deuten. Alle gegen sie ergriffenen Massnahmen erwiesen sich ohne Erfolg. Am besten bewährte sich noch ein Guttaperchapflastermull mit Bleipflaster-Perubalsam, unter dem sich die Rhagaden schnell schlossen.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

189. ***Die Aufenthaltsdauer von Speisen im Magen.*** ***Croce,*** *Ueber die Dauer des Aufenthaltes von Speisen im Magen. Dissertation, Erlangen 1889;* ***Rosenheim,*** *Pathologie und Therapie der Verdauungskrankheiten. 1890;* ***Eichenberg,*** *Ueber die Aufenthaltsdauer etc. Dissertation. Leipzig. 1889. (Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. Bd. XXIII. Suppl. 1891.)*

Ueber die Dauer des Aufenthaltes von vegetabilischen Nahrungsmitteln im Magen und deren Verdauung daselbst stellte *H. Croce* an sich selbst Versuche an, indem er in bestimmter Zeit nach der Mahlzeit mittelst der Magensonde Proben entnahm und diese untersuchte. Es ergab sich Folgendes:

Im Magen verblieben:

Aepfel	1	Stunde	55	Minuten
Kirschen, gekocht	2	Stunden	—	„
Kirschen, roh	2	„	15	„
Kartoffeln, gekocht	2	„	5	„
Kartoffeln, Brei	2	„	30	„
Blumenkohl, gekocht	2	„	20	„
Schwarzbrot	2	„	30	„
Radies	2	„	40	„
Bisquits	2	„	50	„
Kohlrüben	3	„	—	„
Spinat	3	„	30	„
Schnittbohnen	3	„	55	„
Linsen und Erbsen	4	„	—	„

Der Inhalt des Magens war fast immer schon nach Ablauf einer Stunde der Verdauung ziemlich flüssig und diese Beschaffenheit nahm später zu. Das Verschwinden des Mageninhaltes schien nicht, wie *Richet* annimmt, auf einmal, sondern ganz allmälig vor sich zu gehen. *Rosenheim* stellt folgende Tabelle auf über die Dauer des Aufenthaltes der Speisen im Magen:

Reis	1 Stunde	—	Minuten
Eier, roh	1 „	30	„
Hirschfleisch, gekocht.	1 „	45	„
Milch, roh	2 Stunden	—	„
Brot	2 „	—	„
Bohnen	2 „	30	„
Kartoffeln	2 „	30	„
Austern	3 „	—	„
Fisch	3 „	—	„
Eier, weich	3 „	—	„
Schweinebraten.	4 „	—	„
Rinderbraten.	4 „	—	„
Schwarzbrot	4 „	—	„
Kohl	5 „	—	„
Eier, hart.	5 „	—	„

Die Aufenthaltsdauer von Speisen im Magen bei Zufuhr von Salzsäure, Alkohol und anderen Reizmitteln studirte *A. Eichenberg* ebenfalls an sich selbst mittelst der Magensonde und fand, dass Zufuhr von Salzsäure stets die Verdauung um etwas (10%) beschleunigte, dass auch Zufuhr kleiner Mengen Alkohol (bis zu 50 Ccm. der alkoholischen Flüssigkeit) die Verdauung beschleunigte, Zufuhr grösserer Mengen (1 Liter Wein oder Bier) sie weder beschleunigte, noch verlängerte, dass Zufuhr von Senf sie sehr deutlich, von Pfeffer und Condurango sie nur in geringem Grade, von Rhabarbertinctur sie gar nicht beschleunigte, dass Zufuhr von $1\frac{1}{2}$ Liter Wasser sie nicht unerheblich verlängerte.

190. ***Ueber die Entstehung der wahren Aneurysmen.*** *Von **Manchot**. (Virchow's Arch. Bd. CXXI, pag. 104. — Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 41.)*

Die Aneurysmen entstehen auf Grund von Widerstandsherabsetzung der Gefässwand, insbesondere der Media. Ob eine Erschlaffung der letzteren infolge einer allgemeinen Ernährungsstörung, wie *Thoma* will, oder einer entzündlichen Erkrankung, wie *Köster* und *Krafft* ausgeführt haben, oder einer primären Zerreissung, für die *v. Recklinghausen*, *Helmstädter*, *Eppinger* eintreten, angeschuldigt werden muss, ist noch nicht entschieden. *Manchot* discutirt die beiden letzteren Ansichten. In zwei Fällen von Aneurysmen der Aorta ohne alle arteriosclerotische Processe fand er Lücken der Media, die durch Bindegewebe ausgefüllt wurden, welches aber keinen entzündlichen Charakter trug. Die gegenüberstehenden Ränder der elastischen Lamellen waren scharf gegen das Bindegewebe abgesetzt und correspondirten oft so mit einander, dass die Vorsprünge auf der einen Seite in die Lücken auf der anderen passten. Eine besondere Färbemethode liess das elastische Gewebe sehr klar hervortreten. Es musste nun weiter untersucht werden, wie es sich mit den häufigeren Aneurysmen verhält, die mit arteriosclerotischen Veränderungen einhergehen. Hier findet man in der That oft ausgedehnte Processe der Media, die auf entzündliche Vorgänge mit Zerfall des elastischen Gewebes bezogen werden müssen, aber dieselben Erscheinungen sieht man häufig ohne alle Gefässerweiterung und am stärksten in den Fällen hochgradigster arteriosclerotischer Erkrankung, während sie gerade bei beginnenden Aneurys-

men oft gering sind. Diese Umstände lassen sich für ihre ätiologische Bedeutung nicht wohl verwerthen. Verf. spricht denn auch hier Zerreissungen der Media als Ursache der Aneurysmenbildung an. Er sah theils isolirte, theils parallel, colonnenartig angeordnete Lücken der Media, die sich ebenfalls wie dort als Rupturstellen charakterisirten. Das ausfüllende Bindegewebe zeigte keine Erscheinungen entzündlicher Wucherungsvorgänge, es ist auch vielleicht nicht nothwendig anzunehmen, dass es neugebildet ist, da es auch das ursprünglich vorhandene und nach der Zerreissung und Retraction der elastischen Elemente zurückgebliebene Gewebe sein kann. Das Zusammentreffen mit Arteriosclerose ist ein zufälliges oder die Intimaveränderungen sind secundärer Natur. Die angenommenen Zerreissungen der Media sind wahrscheinlich bedingt durch traumatische Einwirkungen oder durch Blutdruckerhöhungen, wie sie z. B. durch angestrengte Arbeit herbeigeführt werden.

191. ***Vorläufige Mittheilungen über die Erreger der Influenza.*** *Von Dr. R. Pfeiffer. Aus dem Institute für Infectionskrankheiten. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 2.)*

In allen Fällen von Influenza fand sich in dem charakteristischen eitrigen Bronchialsecret eine bestimmte Bacillenart. Diese Stäbchen waren in uncomplicirten Influenzafällen in absoluter Reincultur und meist in ungeheuren Mengen nachweisbar. Sehr häufig lagen sie im Protoplasma der Eiterzellen. Befällt die Influenza Personen, deren Bronchien schon vorher anderweitig erkrankt waren, z. B. Phthisiker mit Cavernen, dann findet man im Auswurf neben den Influenzastäbchen auch andere Mikroorganismen in wechselnder Menge. Aus den Bronchien können die Bacillen in das peribronchitische Gewebe eindringen, und sie gelangen sogar bis auf die Oberfläche der Pleura, wo sie im eitrigen Belage in zwei obducirten Fällen in Reincultur angetroffen wurden. Diese Stäbchen wurden ausschliesslich bei Influenza gefunden. Sehr zahlreiche Controluntersuchungen ergaben ihre Abwesenheit bei gewöhnlichen Bronchialcatarrhen, bei Pneumonien und Phthisen. Der Bacillenbefund hielt gleichen Schritt mit dem Verlaufe der Krankheit, erst mit dem Versiegen der eiterigen Bronchialsecretion verschwanden auch die Stäbchen. Die gleichen Bacillen hatte *Pfeiffer* schon vor zwei Jahren bei dem ersten Auftreten der Influenza in Sputumpräparaten Influenzakranker in derselben ungeheuren Menge gesehen und photographirt. Die Influenzabacillen erscheinen als winzig kleine Stäbchen, etwa von der Dicke der Mäusesepticämiebacillen, aber nur der halben Länge derselben. Oefters findet man 3 bis 4 Bacillen kettenförmig aneinandergereiht. Mit den basischen Anilinfarben lassen sie sich ziemlich schwierig färben. Bessere Präparate erhält man mit verdünnter *Ziel*'scher Lösung und mit heissem *Löffler*'schen Methylenblau. Dabei sieht man fast regelmässig, dass die Endpole der Bacillen den Farbstoff intensiver aufnehmen, so dass Bilder entstehen, die man sehr leicht mit Diplococcen oder Streptococcen verwechseln kann. Der *Gram*'schen Färbung sind sie nicht zugänglich. Im hängenden Tropfen sind sie unbeweglich. Diese Bacillen lassen sich in Reincultur erhalten. Auf $1^1/_2$% Zuckeragar erscheinen die Colonien als kleinste, oft nur mit der Lupe wahrnehmbare, wasserhelle Tröpfchen. Die fortgesetzte Cultur

auf diesem Nährboden macht Schwierigkeiten. Es wurden zahlreiche Uebertragungsversuche auf Affen, Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten, Tauben und Mäuse vorgenommen. Nur bei Affen und Kaninchen können positive Resultate erhalten werden. Die übrigen Thierspecies verhalten sich gegen Influenza refractär. Verf. hält sich nach diesen Ergebnissen für berechtigt, diese eben beschriebenen Bacillen als die Erreger der Influenza anzusprechen. Die Ansteckung erfolgt sehr wahrscheinlich durch den mit Krankheitskeimen überladenen Auswurf, und es muss demnach in prophylactischer Beziehung die Unschädlichmachung des Auswurfes Influenzakranker dringend gefordert werden.

192. ***Eine empfindliche Reaction auf Eiweiss im Harne.*** *Von Dr.* ***Ed. Spiegler.*** *(Wien. klin. Wochenschr. 1892. 2.)*

Das von *Spiegler* empfohlene Reagens besteht aus einer Lösung von Sublimat, Weinsäure und Saccharose in folgender Zusammensetzung:

Rp. *Hydrarg. bichl. corros.* *8·00,*
Acid. tartar. *4·00,*
Aqu. destill. *200·00,*
Sacchar. alb. *20·00.*

Der vorher filtrirte, mit wenig concentrirter Essigsäure versetzte Harn wird mittelst Pipette in eine mit dem Reagens zum Drittheile gefüllten Eprouvette an der Wand Tropfen für Tropfen ganz langsam zufliessen gelassen, so dass sich die beiden Flüssigkeiten nicht mischen, sondern übereinanderschichten. Ist nun Eiweiss vorhanden, so bildet sich an der Berührungsstelle der beiden Schichten sofort ein scharfer weisslicher Ring. Derselbe tritt auch dann sofort deutlich auf, wenn so wenig Eiweiss vorhanden ist, dass die Ferrocyankaliumprobe kaum mehr ein deutliches Resultat gibt. Aber auch bei so geringen Mengen, die durch die Ferrocyankaliumprobe überhaupt nicht mehr zu erkennen sind, entsteht der Ring nach längstens einer Minute ruhigen Stehenlassens. Der Ring ist besonders scharf zu sehen gegen einen dunklen Hintergrund. Das hohe specifische Gewicht des Reagens verhindert die Mischung der beiden Flüssigkeiten. Das specifische Gewicht des in der obigen Formel angegebenen Reagens beträgt circa 1060 und ist wohl für alle Fälle genügend hoch. Die Reaction ist sehr anschaulich: Das klare Reagens und der klare Harn bei vorhandenem Eiweiss durch den Ring scharf getrennt; fehlt Eiweiss, so liegen die beiden Flüssigkeiten, wie etwa Chloroform und Wasser, ohne Zwischenschicht scharf übereinander. Zur Ausfällung des Mucins, welches die Reaction auch gibt, wird der Harn vor dem Filtriren mit etwas concentrirter Essigsäure versetzt. (Leider wird dabei das Mucin nicht vollständig entfernt. *Loebisch.)* Zusatz von Essigsäure ist auch bei Abwesenheit von Mucin nothwendig zur Zersetzung etwa vorhandener Carbonate, da sonst sofort aus dem Sublimat des Reagens ein Niederschlag von Quecksilbercarbonat entstände. Durch den Zusatz von Essigsäure wird auch die Fällung von Quecksilberphosphat vermieden. Ein Vortheil der Methode soll darin liegen, dass speciell Bacterienharne nicht erst auf umständlichem Wege geklärt zu werden brauchen, vielmehr können dieselben direct verwendet werden, da der Ring bei vor-

handenem Eiweiss sich deutlich von dem durch Bacterien getrübten Harne abhebt. Mehrere von Albumen freie Harne von Wöchnerinnen, die sich durch die Biuretreaction als peptonhältig erwiesen, gaben diese Reaction nicht. Propepton hingegen gibt die Reaction. Die Reaction lässt noch den deutlichen Nachweis von Albumen im Verhältnisse von 1 zu mehr als 50.000 zu. —*r.*

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

193. ***Ueber die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Anwendung des Chloroforms und anderer Inhalations-Anästhetica.*** *Von Dr. A. Kühner. (Berlin. Klinik. Januarh. 1892.)*

Die den Inhalt der vorliegenden, sehr gründlichen und anregenden Arbeit bildende Betrachtung der allgemeinen Gesichtspunkte bei eintretender strafrechtlicher Verantwortung des Arztes nach Anwendung des Chloroforms und anderer Inhalations-Anästhetica lässt sich am besten in folgende Sätze kleiden: Eine strafrechtliche Verantwortlichkeit bei Anwendung des Chloroforms und anderer Inhalations-Anästhetica kann nur anerkannt und dem Arzte zugerechnet werden, wenn er bei dieser Anwendung die erforderliche Aufmerksamkeit durch einen groben Verstoss gegen die allgemein giltigen Vorsichtsmassregeln aus den Augen liess und in Folge von Fahrlässigkeit nachweisbar den Tod, respective eine Schädigung der Gesundheit verursachte. Diesbezüglich sind dreierlei Fälle möglich: 1. Das Chloroform ist unbetheiligt am Tode (die häufigste Form); hierher gehören Fälle mit nachweisbar anderen Todesursachen, Fälle mit höchst wahrscheinlich anderen Todesursachen, Fälle von Reflexlähmung des Herzens. 2. Das Chloroform ist indirect betheiligt; hierher gehören Erstickungen, Gas im Gefässsystem, speciell im Herzen. 3. Das Chloroform ist die Todesursache. In allen Fällen, in denen der Arzt den anerkannten Vorsichtsmassregeln genügt hat, soll er straflos bleiben in Betreff der Anwendung des Chloroforms, ebenso wie in anderen geeigneten Fällen für eine Unterlassung der Anwendung. Gegebenenfalls hätten dem Gerichte folgende Fragen vorzuliegen: 1. War dem angeschuldigten Arzte das Mass der Einsicht, der Kenntnisse, das Vorhandensein der Thatumstände zuzuerkennen, welche zum gesetzlichen Thatbestand gehören? 2. Ist der Tod oder die Beschädigung durch die Schuld des Arztes eingetreten? 3. Würde der Tod oder die Beschädigung abgewendet worden sein, nicht durch günstigere Verhältnisse, durch Autoritäten, bei geeigneteren Hilfsmitteln und Apparaten, bei zulänglicherem Wartepersonal, sondern abgewendet worden sein unter den vorliegenden dringlicheren, oft weit schwierigeren und ungünstigeren Verhältnissen? 4. Hat der Geklagte den Eintritt des Todes oder den unglücklichen Ausgang des Falles als möglich voraussehen können oder müssen? 5. Hat der Thäter die Aufmerksamkeit, zu welcher er vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, im vorliegenden Falle ausser Augen gelassen? 6. Ist jemals ein gleicher oder ähnlicher Fehler als der des Beklagten von

Autoritäten begangen und unumwunden zugestanden worden? Wer sich des Näheren über dieses speciell den praktischen Arzt auf dem Lande berührende Thema unterrichten will, wird die in Rede stehende kleine Arbeit mit Erfolg zu Rathe ziehen.

Buschman.

194. ***Ueber die Verwerthung des vom freien Verkehr ausgeschlossenen Fleisches als Nahrungsmittel.*** *Von* ***Hertwig.*** *(Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene. Heft 4. — Arch. f. animal. Nahrungsmittelk. 1891. 4.)*

Bekanntlich zeichnet sich Berlin im Gegensatze zu einer Reihe anderer grosser Städte durch das Fehlen einer Freibank aus. Ueber das „Für und Wider" wollen wir an dieser Stelle nicht streiten, zumal in Heft 2 des genannten Archivs jedem Leser hinreichend Gelegenheit geboten ist, sich über den Werth, beziehungsweise Unwerth der Freibank zu unterrichten. Um nun dem „grossen Verluste" an „Nationalvermögen", der „Verringerung der Fleischnahrung", sowie der „Verschlechterung der Volksernährung", die der Mangel einer Freibank in einem so grossen Gemeindewesen zur Folge hat, auf irgend einer Weise zu begegnen, kommt *Hertwig* zu folgendem Satze: Ich halte das von der Fleischbeschau in Berlin theils beobachtete, theils angestrebte Verfahren vom sanitätspolizeilichen Standpunkte für das allein richtige, nämlich alles dasjenige Fleisch, welches auf Grund der wissenschaftlichen Erfahrungen zur menschlichen Nahrung geeignet ist, d. h. also weder eine nachtheilige Beschaffenheit besitzt, noch ekelerregend ist, unbehindert in den Verkehr gelangen zu lassen, dagegen alles andere Fleisch, sofern es auf Grund der wissenschaftlichen Erfahrungen zulässig erscheint, nachdem es unter amtlicher Aufsicht gar gekocht ist, für den Consum freizugeben. Durch allgemeine Durchführung dieses Verfahrens würde eine ausserordentliche grosse Menge Fleisch mehr als zur Zeit für Nahrungszwecke erhalten werden können. Für finniges Rind- und Schweinefleisch haben die hohen Behörden bereits auf Grund zustimmender Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen und der technischen Deputation für das Veterinärwesen beschlossen, dasselbe nach Garkochung unter polizeilicher Aufsicht unbehindert in den Verkehr gelangen zu lassen. Kochungsversuche, welche unter Aufsicht und Leitung des Departements-Thierarztes *Wolff* und des Referenten in einem *Becker-Ulmann*'schen Kochapparat stattgefunden haben, führten zu sehr zufriedenstellenden Ergebnissen. — Das Kochen in diesem Apparat hat den grossen Vortheil vor anderen Kochverfahren, dass 1. das Fleisch erforderlichen Falles in sehr viel kürzerer Zeit auf 100° C. durchwärmt werden kann, und 2. trotzdem nur einen halb so grossen Gewichtsverlust erleidet wie bei dem gewöhnlichen Kochen. Zunächst wird in Berlin das Kochen nur von finnigem Fleische vor sich gehen; es darf aber angenommen werden, dass die hohen Behörden in Uebereinstimmung mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Untersuchungen auch das Kochen und Verwerthen anderen Fleisches als Nahrungsmittel für Menschen gestatten werden, sobald festgestellt ist, dass diejenigen Eigenschaften des Fleisches, welche dessen Verkauf im rohen Zustande nicht gestatten, durch den Kochprocess beseitigt werden.

195. ***Der Keimgehalt der sterilisirten Milch des Handels.*** *Von* **B. Kohlmann.** *(Apoth.-Ztg. 1890, pag. 535. — Arch. f. animal. Nahrungsmittelk. 1891. 4.)*

Nach *Kohlmann* ist die sterilisirte Milch des Handels nicht immer keimfrei, ja kann sogar den Keimgehalt nicht sterilisirter Milch übertreffen. Hierfür werden folgende vergleichende Zahlen angeführt: *a)* Sterilisirte Milch des Handels I 0 Keime, *b)* Milch, im Ofen frisch abgekocht, 158 Keime, *c)* destillirtes Wasser 430 Keime, *d)* Strassenbrunnen 1060 Keime, *e)* Hofbrunnen 12.000 Keime, *f)* rohe Milch 160.000 Keime, *g)* sterilisirte Milch des Handels II 350.000 Keime. Hieraus wird gefolgert, dass die gebräuchlichen Sterilisationsmethoden zur Zeit noch unsicher sind und einer weiteren Bearbeitung bedürfen. In dem Verschleisse einer Milch mit dem Keimgehalte der Handelsmilch II unter dem Namen „sterilisirte Milch" liegt eine Uebertretung des §. 367 des Strafgesetzbuches. Sterilisirte Milch ist nach den Anschauungen der Wissenschaft gleichbedeutend mit keimfreier Milch. Wegen dieser besonderen Eigenschaft findet gerade die sterilisirte Milch ausschliesslich Verwendung in der Säuglingsernährung, da die Erfahrung gezeigt hat, dass die gewöhnliche Milch mit ihrem Gehalt an Mikroorganismen für den Säugling ein ungeeignetes Nahrungsmittel darstellt, welches sogar die Gesundheit auf das schwerste zu schädigen im Stande ist. — Eine „sterilisirte" Milch mit dem angedeuteten Keimgehalte ist daher für den Säugling ein verdorbenes Getränk und derjenige strafbar, welcher dasselbe feilhält oder verkauft. Wer mit sterilisirter Milch handelt, ist verpflichtet, sich stets darüber zu orientiren, ob das Präparat wirklich die von ihm angepriesenen, beziehungsweise die vom Publicum stillschweigend vorausgesetzten Eigenschaften besitzt. — Tausende Mütter aber würden mit Dankbarkeit zu einer Polizeibehörde emporblicken, welche das Leben ihrer Säuglinge durch sachverständige Controle eines Nahrungsmittels schützen würde, das unter demselben gleichförmigen Mantel eine solche Fülle von Gefahren bergen kann. Mit der periodischen amtlichen Prüfung des Keimgehaltes der sterilisirten Handelsmilch und unnachsichtiger Strafverfolgung gewissenloser Fabrikanten wäre ein gewaltiger Schritt zum Besseren.

196. ***Ueber acquirirte Lungenatelectase Neugeborener und deren Ursachen.*** *Von Prof.* **C. Seydel,** *Königsberg. (Vierteljahrschrift f. gerichtl. Med. 1891. — Schmidt's Jahrb. d. ges. Med. Bd. CCXXXIII, pag. 70.)*

Seydel secirte ein Kind, welches erst spät nach der Geburt zum Schreien gebracht worden und nach 4 Stunden gestorben war, 3 Tage später. Das etwa 32 Schwangerschaftswochen alte Kind zeigte dunkelblaue Färbung des Gesichtes und der rechten Körperhälfte, stark blutgefülltes Herz mit zwei subpericardialen Petechialsugillationen an der Spitze; die Lungen waren von dunkelblauer Farbe, mit zahlreichen dunklen subpleuralen Ecchymosen besetzt und sanken in kaltem Wasser, wenn auch langsam, unter. Atelectase der Lungen mit Erstickungstod wurde als Todesart und Schwäche der Athmung als Ursache angenommen. Im Anschlusse hieran, sowie an frühere Thierexperimente des Italieners

Tommasia versuchte *Seydel* durch Thierexperimente festzustellen, inwiefern mechanische Einflüsse ein Austreten der Luft aus den Lungen bewirken können. Er hatte hierbei folgende Ergebnisse: 1. Die Verdrängung der Luft war auf rein mechanischem Wege bei Thieren, die einige Tage gelebt hatten und deren Lungen vollständig entfaltet waren, experimentell nicht zu erreichen. 2. Bei nahezu reifen, durch Kaiserschnitt aus dem Mutterleibe genommenen Thieren tritt diese Lungenentfaltung schon nach kurzer Zeit (3 bis 10 Stunden) ein. 3. Zur Verdrängung der Luft aus den einmal entfalteten fötalen Thierlungen scheint ausser der Luftabsorption durch die den Respirationsstillstand überdauernde Blutcirculation eine gewisse mechanische Athemhinderung nothwendig. 4. Der Einfluss der Athmungsinnervation kann nur in mangelhafter Entwicklung liegen. In einer anderen Reihe von Versuchen an Leichen theils bald, theils mehrere Tage nach der Geburt verstorbener Kinder, deren Rumpf mit leinenen Binden fest eingewickelt wurde, war eine Luftverdrängung aus den Lungen niemals nachzuweisen.

197. ***Die Erblichkeit der Tuberculose.*** *2. Congress für Tuberculose zu Paris, 28. Juli bis 2. August 1891. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891.)*

Vignal erklärt die angeborene Tuberculose für äusserst selten; in 17 Fällen gelang ihm durch Verimpfung auf Meerschweinchen keinmal der Nachweis, dass die Organe von Kindern hochgradig tuberculöser Mütter bacillenhaltig wären. Hingegen beschreibt *Jacobi* einen Fötus, bei dem die gesammten Eingeweide mit Tuberkelknötchen durchsäet waren. Für diese Fälle nimmt *Bernheim* entweder eine Uebertragung der Tuberculose bei der Befruchtung durch tuberculöses Sperma an oder einen Uebertritt von Bacillen in den Kreislauf des Fötus nach Zerreissung von Placentargefässen. Die ungemein grosse Häufigkeit der Tuberculose in und nach dem 1. Lebensjahre, wie sie *Landouzy* und *Hutinel* nachwiesen, muss daher durch Infection nach der Geburt erklärt werden. Vererbt wird nur die Disposition zur Tuberculose, während als Infectionsträger im Kindesalter vorwiegend die Nahrung in Betracht kommt. Im späteren Leben wird die Infection nach *Arthand* in 80%, also weitaus der grössten Zahl der Fälle, durch tuberculös inficirte Wohnungen ermittelt. Bei kurzem Aufenthalt von durchschnittlich 1 Monat tritt sie aber fast mit Sicherheit ein.

198. ***Die Mundfäule (Aphthae epizooticae) beim Menschen.*** *Von* **A. Neswizky.** *(Wratsch. 1891. 15. — St. Petersburg. med. Wochenschr. 1891.)*

Während unter den Kühen diese Krankheit sehr verbreitet ist, tritt sie beim Menschen verhältnissmässig selten auf. *Neswizky* hat in 8 Fällen das Krankheitsbild genau verfolgen können. Die Infection erfolgte bei allen Patienten durch Genuss ungekochter Milch erkrankter Kühe. Bei bestehender catarrhalischer Entzündung der Schleimhaut der Mundhöhle bildeten sich Bläschen auf dem weichen Gaumen, der Schleimhaut der Wangen, den Lippen, dem Zahnfleisch und den Zungenrändern. An anderen Partien der Rachenschleimhaut liess sich eine Bläscheneruption nicht constatiren. Beim Anstechen entleerte sich aus den Bläschen eine dicke gelbliche Flüssigkeit. Nach Berstung der Bläschen blieben leicht

blutende Excoriationen zurück, welche bald ohne Eiterung und Geschwürsbildung heilten. Alle Patienten hatten Temperatursteigerungen, welche nach Eruption der Bläschen schwanden; zugleich bestand übler Geruch aus dem Munde, Speichelfluss und Schnupfen. Im Allgemeinen war Neigung zu Verstopfungen vorhanden und nur in einem Falle traten Durchfälle auf. Dauer der Krankheit 8—12 Tage.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

199. *Bei welchen ansteckenden Krankheiten und unter welchen Voraussetzungen soll die zeitweise Schliessung der Schulen amtlich angeordnet werden?*

Referat des k. Bezirksarztes Dr. ***Gattermann,*** *vorgetragen in der Versammlung der ärztlichen Bezirksvereine Nordschwabens in Donauwörth.*

(München. med. Wochenschr. 1891. 51.)

Beim Herrschen epidemischer Krankheiten müssen Arzt und Amt, Gemeinde und Schulbehörde zusammenwirken, um denselben in ihren Anfängen zu begegnen; nirgends mehr als in sanitätspolizeilichen Aufgaben gilt der Wahlspruch: Viribus unitis. Es ist die Meinung ausgesprochen worden, dass es den Aerzten auf dem Lande bei ihrem Verlangen nach der absoluten Anzeigepflicht, vorzüglich bei Scharlach und Diphtherie, nur um den Schulschluss zu thun wäre, und dass sie auf diese präventive Massregel einen zu hohen Werth legten, da ja damit eine Epidemie nicht aus der Welt geschafft werden könne.

Darauf erwidert *Gattermann*, dass dieselben den Schulschluss als ein Mittel betrachten, um aus innerster, aus der Erfahrung geschöpfter Ueberzeugung einem grösseren Uebel vorzubeugen. Es handelt sich auch nicht um die Schule allein, es handelt sich um die Gesundheitsinteressen überhaupt, und wenn es von Nutzen ist, dass die Behörde rechtzeitig von der Gefahr unterrichtet wird, so muss es nützlicher sein, dass dies früher schon geschieht, gleich im Beginne, als wenn bereits ein grosser Bruchtheil ergriffen ist.

Von den Krankheiten, die in epidemischer Verbreitung zur Schliessung der Schulen Anlass geben können, nennt *Gattermann* zunächst:

1. Scharlach und Diphtherie; doch ist nicht so sehr die Zahl der Erkankungen, als der Charakter der Epidemie für die Massregel entscheidend. Es gibt kleine, aber schon im Beginne mit den schwersten allgemeinen und örtlichen Symptomen einhergehende Ausbrüche von Scharlacherkrankungen; dieselben fordern, vorzüglich wenn sie vorherrschend das Schulalter betreffen, den provisorischen Schulschluss, um den Gang der Seuche zu beobachten. Handelt es sich um localisirte Hausepidemien und sind gute Isolirung und günstige, die Verschleppung ausschliessende Aussenverhältnisse vorhanden, kann die Schule, beziehungsweise die Schulen wieder eröffnet werden. Nur bei vollständiger Verlässlichkeit auf eine gute Trennung der Erkrankten von den Ge-

sunden ist den Letzteren der Schulbesuch zu gestatten, aber nur, wenn die durch die Erfahrung fixirte Incubationszeit der einzelnen Infectionskrankheiten reichlich abgelaufen ist. Wenn der inficirte Ort einen Theil des Schulsprengels bildet, kann die sämmtliche Schuljugend vom Schulbesuche ausgeschlossen werden, was hie und da ausreicht. Es ist auch, soferne die Sache noch nicht drängt, die Ausschliessung eines Curses einer Abtheilung, z. B. Knaben- oder Mädchenschule, im Beginne einer Epidemie gerechtfertigt, also der partielle Schulschluss, wenn Anhaltspunkte vorliegen für die enge Begrenzung der Infection. Der Erfolg wird zeigen, ob die Massregel genügt; nicht selten beginnt eine Epidemie in äusserst schwerer Weise, um bald einem milderen Verlaufe Platz zu machen; diese Momente sind von dem begutachtenden Arzte auszunützen, nicht etwa, um zu frühe den partiellen oder allgemeinen Schulschluss aufzuheben, sondern um den günstigen Zeitpunkt hierfür zn ersehen; bei schweren und langwierigen Epidemien beeile man sich nicht, die allgemeine Durchseuchung des empfänglichen Alters straft sonst mit schweren neuen Eruptionen.

Was vom Scharlach gilt, das gilt auch mutatis mutandis bei der Diphtherie. Die Massenerkrankung fordert bei beiden Krankheiten den Schulschluss; bei leichteren und dünneren Erkrankungen kann recht wohl die Schule offen bleiben Schwere Fälle, die rasch auf einander folgen und ohne deutlichen Zusammenhang sprungweise sich über einen Ort verbreiten, fordern den Schulschluss. Die Ursache der Diphtherie liegt noch sehr im Dunkeln; wenn auch ihre Contagiosität nicht zu leugnen ist, so ist doch das contagiöse Moment nicht so scharf hervortretend wie bei Scharlach oder gar bei Masern und Keuchhusten Es sind deshalb mehr bestimmte Quartiere und Häuser, die von dieser Krankheit heimgesucht werden; nicht so sehr das contagiöse Moment tritt in den Vordergrund als das örtliche. Es ist deshalb öfters am Platze, gewisse Stadt- oder Ortstheile vom Schulbesuche auszuschliessen; es ist wenigstens der Versuch gerechtfertigt.

Die Abnahme einer Diphtherieepidemie kündet sich nach *Gattermann's* Erfahrungen durch milde Fälle einerseits und andererseits durch die Häufigkeit der lacunären Angina an, die sonst bei Kindern selten vorkommt, so dass man an ein verwandtschaftliches Verhältniss beider Krankheiten denken muss. In diesem Stadium kann die Wiedereröffnung der Schulen versucht werden.

Die Erfahrung hat gelehrt, dass die acuten Exantheme — Scharlach, Masern — durch gesunde dritte Personen nur ausnahmsweise übertragen werden; wäre das Gegentheil der Fall, müsste der Arzt der beständige Träger und Verbreiter des Contagiums sein. Von dieser Erfahrung ist Gebrauch zu machen, so lange keine stärkere Häufung der Fälle eintritt, in der Richtung, dass die gesunden Geschwister inficirter Familien zum Schulbesuche zugelassen werden, jedoch mit der Vorsicht, dass die kranken isolirt und die Incubationszeit, wie schon oben hervorgehoben, abgelaufen ist.

Wenn man sagt, dass die contumacirten Kinder besser in der Schule aufgehoben wären als zu Hause, wo sie in beständiger Berührung mit den Kranken sich befinden, so möchte *Gattermann*

entgegenhalten, dass da, wo die Isolirung nicht möglich ist oder nicht zur Durchführung kommt, die gesunden Kinder thatsächlich in beständiger Gefahr der Erkrankung schweben, aber sicher besser zu Hause bleiben, als die Krankheit weiter verschleppen. In solchen Fällen muss eben im Interesse der Allgemeinheit der Seuchenherd eliminirt werden, selbst auf die Gefahr hin, dass weitere Opfer fallen.

2. Bei Keuchhusten und Masern, vorzüglich bei letzterer Krankheit, ist die Ausbreitung in der Regel eine so rasche, dass sich die Schulen von selber schliessen. Von Wichtigkeit ist, dass sie nicht gar zu frühe geöffnet werden, vorzüglich zur rauhen Jahreszeit, bei grossen Entfernungen, insbesonders wenn schwere Complicationen sich öfters einstellen, vorzüglich von Seiten der Lunge. Hier ist am besten, die Epidemie glücklich ablaufen zu lassen, bevor man an Wiedereröffnung der Schulen denkt.

Gattermann hat als Schulschluss alle Schulen im Auge, auch die Sonntagsschulen, und jede Ansammlung, die zur Schule in Beziehung steht: wie gemeinschaftliche Kirchenbesuche, Begleitung von Leichen u. dgl.

3. Typhus abdominalis kann in grösserer Verbreitung Anlass zum Schulschluss geben; häufiger wird es zum Ausschluss von einzelnen Stadttheilen oder Ortschaften vom Schulbesuche kommen.

4. Ruhr, Typhus exanthem. u. s. w. liegen unseren Verhältnissen zu ferne, um sich bei der Frage des Schulschlusses weiter mit ihnen zu befassen.

Literatur.

200. ***Handbuch der Arzneimittellehre.*** *Mit besonderer Rücksichtnahme auf die neuesten Pharmakopöen für Studirende und Aerzte bearbeitet von Dr.* **Theodor Husemann,** *Professor der Medicin an der Universität Göttingen. Dritte Auflage des Handbuches der gesammten Arzneimittellehre. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1892.*

Bei Bearbeitung der 3. Auflage seines Handbuches der gesammten Arzneimittellehre stellte sich *Husemann* zunächst die Aufgabe, das Handbuch nicht nur wie bisher dem Bedürfnisse des praktischen Arztes, sondern mehr als zuvor demjenigen der Studirenden der Medicin anzupassen. Durch kürzere Fassung im Allgemeinen, sowie besonders der pharmakognostischen Abschnitte, die auf das Maass des für den Mediciner Brauchbaren beschränkt wurden, wurde es möglich, den bisherigen Umfang des Werkes auf die Hälfte zu reduciren. Jedoch trotz der Verringerung des Umfanges ist Verf. der grossen Anzahl neuerer Arzneimittel, und zwar sowohl derjenigen, welche in die neuesten Pharmakopöen aufgenommen wurden, als auch jener, die dieses Loses mit mehr weniger Berechtigung noch harren, in diesem Werke im vollsten Masse gerecht geworden. Selbstverständlich schliesst sich das Handbuch enge an das neue deutsche Arzneibuch an. Ueberdies hat aber *Husemann* sämmtliche in der neuesten Auflage der Pharmacopoea Austriaca enthaltenen, für den Arzt wichtigen Präparate und Arzneimittel aufgenommen. Dass *Husemann* auch einige aus den Pharmakopöen ausgeschlossene, aber immerhin brauchbare und bei Aerzten beliebte ältere Präparate,

sowie interessante Medicamente und Präparate der Pharmakopöen anderer Länder ebenfalls berücksichtigt, vermehrt nach unserem Ermessen sowohl für den prakt. Arzt als den Studirenden der Medicin die Brauchbarkeit des Werkes. So viel über die äussere Anlage des vorliegenden Handbuches. Bezüglich der Durchführung desselben, also der Bearbeitung des allgemeinen und speciellen Theiles, müssen wir uns kurz fassen, da unbedingtes Lob nicht viel Worte verträgt. Es möge nur gesagt werden, dass in Bezug auf correcte Darstellung der pharmakognostischen, chemischen Eigenschaften der Arzneimittel, deren pharmakodynamische Wirkung und klinische Verwendung, das vorliegende Werk in erster Reihe der bezüglichen Fachliteratur steht. Die seit Jahren schon geübte Thätigkeit des Verf. als Referent des *Virchow-Hirsch*'schen Jahresberichtes, im Vereine mit dessen Wirksamkeit als Forscher und Lehrer bringen es mit sich, dass das Werk in jeder Beziehung das kritische Urtheil des Verf. zum Ausdruck bringt. Es wäre auch zu bemerken, dass bei den einzelnen Arzneimitteln zumeist bewährte Arzneiformeln berühmter Kliniker beigegeben wurden. Die Verlagshandlung hat dem Werke eine ebenso solide als elegante Ausstattung gegeben. *Loebisch.*

201. ***Arbeiten aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrichs-Kinderkrankenhause in Berlin.*** *Festschrift, Herrn Rudolf Virchow zum 70. Geburtstage gewidmet vom Director Dr.* ***A. Baginsky.*** *Stuttgart. Enke, 1891.*

Unter den vielen medicinischen Arbeiten grösseren Styls, welche dem Altmeister *Virchow* anlässlich seines Jubiläums gewidmet wurden, nimmt diese prächtige Monographie des berühmten Berliner Kinderspitales eine ganz hervorragende Stelle ein. Ein wahrer Schatz von Wissen und Können ist da aufgestapelt und in anregendster übersichtlicher Form wiedergegeben, so dass man diese Festschrift eigentlich als Lehrbuch der Casuistik aus der Kinderheilkunde bezeichnen kann. Der grösste Theil der Arbeit ist vom Director *Baginsky* selbst besorgt, so die hochinteressante Einleitung über den Bau von Kinderkrankenhäusern, Isolirung und Verpflegung der Kranken, ferner ein Stück des Allgemeinen Theils, an welchen sich sonst noch die Hilfsärzte des grossen Spitals und auch dessen Architekten betheiligt haben, wodurch drei ganz selbstständige Arbeiten über die allgemeinen äusseren und inneren Verhältnisse des Spitals entstanden. Der von *Baginsky* und verschiedenen anderen Aerzten des Spitals verfasste specielle Theil, der mehr als $^3/_4$ des gesammten Inhalts umfasst, beschäftigt sich mit der Casuistik im weitesten Sinne des Wortes, und zerfällt in sechs Abschnitte, von welchen besonders das Capitel über die Studien aus dem Isolirpavillon für Diphtherie hervorgehoben zu werden verdienen. *Baginsky* hat in diesem Capitel seine Ansichten über Aetiologie und über Therapie der Diphtherie, sowie über das Wesen der diphtheritischen Lähmungen in Form selbstständiger kurzer Arbeiten niedergelegt, welche geradezu meisterhaft in Bezug auf Form und Inhalt sind. Auch die Berichte über die poliklinische Thätigkeit in dieser grossen Anstalt, sowie über die Arbeiten aus dem Laboratorium leisten Vorzügliches. Bei der Ueberfülle des schönen Werkes an kleineren und grösseren Aufsätzen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde ist es wohl nicht gut möglich, auf diese selbst im Einzelnen einzugehen, was den Raum für dieses Referat weitaus überschreiten müsste. Das Buch hat, wie schon oben angedeutet, einen die Bedeutung einer Festschrift weitaus überragenden Werth, da es sowohl durch das wissenschaftliche

Gewicht der einzelnen Arbeiten, als durch die umfassende Fülle des darin niedergelegten Arbeitsmaterials sein Thema mehr oder weniger in der Form eines Lehrbuches behandelt, und zwar in der angenehmsten Art eines solchen. Zumal der praktische Arzt wird es als eine Fundgrube für gute Weisungen und wichtige Rathschläge am Kinderkrankenbette mit grösstem Interesse und aufrichtigem Danke begrüssen.

v. Buschman.

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

202. ***Zur totalen cystischen Degeneration der Nieren.*** *Von Prof.* ***Ewald.*** *Vortrag, gehalten in der Berlin. med. Gesellschaft am 9. December 1891. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 51.)*

Vor über Jahresfrist wurde Vortr. von einer 67jährigen Dame consultirt, die über peptische Beschwerden, Appetitlosigkeit und mehrfach wiederholtes, scheinbar ohne Grund eingetretenes Erbrechen klagte. Sie war übrigens gut zu Wege und hatte, da sie nur zu vorübergehendem Aufenthalt hergekommen war, noch in den letzten Tagen Theater, Museen u. s. f. besucht. Die Untersuchung gab wenig Anhaltspunkte, namentlich war die Percussion des Abdomens durch den starken Fettbauch der Patientin ausserordentlich erschwert, indessen schien es, als ob sich in beiden Seitengegenden eine gewisse Resistenz erkennen liess, die jedoch auch auf Muskelspannungen bezogen werden konnte, zumal die Dame sich bei der Untersuchung ziemlich widerspenstig zeigte. Die Stuhlverstopfung wurde durch Eingiessungen von Karlsbader Salz gehoben, gegen die bestehende hartnäckige Schlaflosigkeit erhielt die Kranke eine Morphiumeinspritzung von 0·0015. Als Vortr. sie nach kurzer Abwesenheit wiedersah, hatte sie hochgradige Dyspnoe, sass aufrecht mit den Zeichen grosser Unruhe im Bett, hatte ein lebhaft geröthetes Gesicht. Im auffallenden Gegensatz dazu stand das Verhalten des Pulses, welcher nicht mehr wie 60—70 Schläge in der Minute zeigte. Die Herztöne waren leise, aber deutlich und rein hörbar. Eine Verstärkung des zweiten Pulmonaltons oder Aortentons war nicht vorhanden; ebensowenig ergab die Percussion eine Vergrösserung. Auch der Spitzenstoss war nach keiner Richtung verstärkt oder an abnormer Stelle zu fühlen. Die Lungen waren frei, Störungen des Nervensystems nicht nachweisbar. Dagegen konnte man wieder die leichte Resistenz in beiden hypochondrischen Gegenden constatiren. Urin zur Untersuchung war nicht zu erhalten. Die Diagnose musste unter diesen Umständen entweder auf einen rein hysterischen Zustand gestellt werden, wozu zunächst das eigenthümliche psychische Verhalten der Patientin einen Anhalt zu geben schien, oder auf eine Herzaffection occulter Natur mit consecutiver Lungenembolie, oder endlich auf einen Tumor in der Niere, worauf die Resistenz hindeutete; indessen ohne Harnuntersuchung war nach dieser Richtung nichts Sicheres festzustellen, und als mittlerweile Harn erhalten wurde, zeigte sich derselbe frei von Eiweiss. Die Patientin erhielt noch ein warmes Bad, in der Nacht stand sie auf, um zu Stuhl zu gehen, fiel um und war nach wenigen Minuten, trotzdem allerlei Reizmittel angewendet wurden, verschieden.

Die Section ergab normale Lungen; das Herz war klein, die Klappen unverändert, nur war eine leichte Verkalkung der aufsteigenden Aorta vorhanden. Bei der Eröffnung des Abdomens zeigte sich der Darm

ziemlich stark vorgedrängt, mit reichlichem Fett umwachsen, und auf beiden Seiten wurden zwei riesige Fettklumpen bemerkbar, die sich bei näherer Betrachtung als die beiden Nieren ergaben. Beim Durchschneiden derselben zeigte sich, dass sie aus Conglomeraten von cystischen Hohlräumen bestanden, welche die ganze Niere füllten, so dass von dem Nierenparenchym auf beiden Seiten ein höchstens mandelgrosses Stück übrig war. Die Cysten hatten theils einen braunen, fast chocoladenartigen, theils einen hellgelben, flüssigen Inhalt; ausserdem lagen in diesen Cysten grosse Steine, welche dieselben mehr oder weniger ausfüllten. Die chemische Untersuchung des Cysteninhalts ergab reichliche Mengen Harnsäure, Harnstoff, Chlornatrium, Eiweiss, kein Pepton und grosse Mengen von Cholestearin. Mikroskopisch sah man eine Anzahl von Zellen, und zwar einmal kernhaltige, dann concentrisch gestaltete kugelige Gebilde, endlich Epithelien und Gebilde, welche an Cylinder erinnerten, aber nicht die scharfen Contouren derselben hatten. Die mikroskopische Betrachtung von Schnitten, welche bis durch die Stellen gelegt wurden, wo das Parenchym scheinbar noch intact war, ergaben, dass auch hier eine vollkommene Degeneration des Parenchyms bestand, so dass nur noch ein grobmaschiges Gewebe von fibrillärer Substanz mit eingelagerten Kernen und grössere Hohlräume erkennbar waren; nur die Glomeruli waren intact. Nur spärliche Reste von Harncanälchen waren noch an einzelnen Stellen vorhanden; die Epithelien derselben waren zum grössten Theil verfettet und degenerirt. An einzelnen Stellen sah man streifige Züge von Rundzellen, welche die Stellen zwischen den einzelnen Hohlräumen ausfüllten. Die Fälle von so totaler cystischer Degeneration bei Erwachsenen sind verhältnissmässig selten beobachtet. Dieselben verlaufen einmal unter dem Bilde der chronischen interstitiellen Nephritis; der Tod tritt ein unter urämischen Erscheinungen oder durch complicirende entzündliche Processe. Eine zweite Reihe von Fällen verläuft vollständig latent; es ergibt sich das Bild einer Erkrankung des Intestinaltractus, oder einer Neurose, oder des cardialen oder pulmonalen Asthma, und nichts deutet darauf hin, dass man es mit einer derartigen Degeneration der Niere zu thun hat. Endlich haben wir eine Gruppe von Fällen, bei denen die totale cystische Degeneration als zufälliger Befund bei anderen Kranken erhoben wird, wo also gar kein Hinweis auf die zugrundeliegende Affection bestand. Es ergibt sich hieraus schon, dass die Diagnose in den meisten Fällen nicht zu stellen ist. Die meisten von den verschiedenen Autoren hervorgehobenen diagnostischen Merkmale lassen im Stich, nur ein Moment wird ziemlich in allen Fällen übereinstimmend erwähnt, d. i. der langsame Verlauf. Aetiologisch ist der mitgetheilte Fall insofern von Interesse, als er darauf hinführt, zunächst an eine Ablagerung harnsaurer Concremente in den Harncanälchen zu denken, die den ersten Anlass zur Cystenbildung gegeben haben und zum Kern der grossen Cystensteine geworden sind.

Der Umstand, dass der Harn eiweissfrei war, während das secernirende Nierenparenchym nahezu vollständig zerstört, und nur die Glomeruli erhalten waren, beweist, dass aus letzteren eine für unsere gewöhnlichen Proben eiweissfreie Flüssigkeit abgesondert wird, doch hebt der Vortr. hervor, dass die Frage nach der sogenannten physiologischen Eiweissabscheidung in die Glomeruluskapseln durch diesen Befund nicht berührt wird, weil eine darauf gerichtete Untersuchung nicht gemacht ist. Schliesslich wird auf die fehlende Herzhypertrophie und die fehlende

Spannung im Gefässsystem hingewiesen. Das Verhalten von Herz und Gefässen war in den bisherigen Beobachtungen ein wechselndes. Fälle wie der vorliegende zeigen, das vicariirende Abzugsbahnen für die harnfähigen toxischen Stoffe auf lange Zeit die Nieren zu ersetzen im Stande sind. Schliesslich ist Patientin doch an Urämie zu Grunde gegangen.

Kleine Mittheilungen.

203. Gegen die ***Diarrhoe*** der Kinder empfiehlt *Sympson* folgende Mixtur:

Rp. *Acid. boracici* 4·0
Glycerini puri 16·0
Tinct. Cort. Aur. 3·0
Aq. destill. 60·0
MDS. 3stündl 1 Kaffeelöffel.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 51.)

204. ***Gegen Pigmentflecke nach Schwangerschaft*** wird empfohlen:

Rp. *Butyr. Cac.,*
Ol. Ricin. aa. 8·0,
Zink. oxyd. 4·0,
Hydrarg. praec. albi 0·1,
Essent. Rosar. gutt. X.
M. f. unguent.
S. Abends und Morgens zu appliciren.

(Der ärztliche Praktiker. 1891. 32. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 5.)

205. ***Eine Salbe gegen Intertrigo*** hat folgende Zusammensetzung: Acid. bor. 0·50, Lanolini 50, Vaselini 10. Die Partien, welche mit Intertrigo behaftet sind, werden mit Seifenwasser gewaschen; nach sorgfältiger Abtrocknung reibt man sie mit der vorstehenden Salbe ein.

(Journ. de médecine de Paris. 1891. 38. — Allg. med. Central-Ztg. 1891. 84.)

206. ***Zur Entstehung der Geschlechtsverhältnisse.*** *Wilson* (Lancet 1891, pag. 713) will die Entstehung des männlichen Geschlechtes in Bezug bringen zu einer Befruchtung des Eies kurz vor Eintritt der Menstruation, wo sich das Ovulum in einem Zustande gesteigerter Lebensfähigkeit befindet, während eine Befruchtung des Eies wenige Tage nach der Menstruation zur Entstehung einer weiblichen Frucht Veranlassung gibt. Die Richtigkeit dieser Theorie bedarf noch der Bestätigung durch die Erfahrung.

207. ***Strophantus bei Kropf.*** Dr. *S. T. Yount-Lafayette* (Ind.) hat 5 Fälle von Kropf erfolgreich mit Tinctura Strophanti in Dosen von 10 Tropfen, langsam bis zu 16 steigend, 3mal täglich, behandelt. Die Behandlung dauerte gewöhnlich 2 Monate. (The Weekly Med. Rev. — Deutsch. Med.-Ztg. 1891. 75.)

---

die veränderten Lebensverhältnisse sind die Ursache manchen Misserfolges. Dies ist nun anders geworden, seitdem die Firma Heinrich Mattoni ihre Moorextracte in den Handel gebracht und sie weiteren Kreisen zugänglich gemacht hat; sie enthalten alle extrahiblen Agentien des Moores. Es zeigt sich in Folge dessen bei ihrer Anwendung dieselbe nachhaltige Einwirkung auf die Blutbildung, dieselbe Anregung der Functionen der Haut und der peripheren Nervenendigungen, wie man sie nach dem Gebrauche natürlicher Moorbäder beobachtet. Dabei verdienen noch als Vortheile hervorgehoben zu werden die Möglichkeit der genauen Graduirung und der Anwendung zu jeder Jahreszeit; weiters, dass die Kranke nicht aus ihrer Umgebung gerissen werden muss, dass der behandelnde Arzt den Fortschritt der Cur genau controliren kann und schliesslich, aber gewiss nicht in letzter Linie, die Rücksicht auf den Nervus rerum, da selbstredend solche Bäder bedeutend weniger kosten, als eine Badereise.

Wir wollen hier sofort betonen, dass bei Behandlung gewisser localer Leiden von der medicamentösen oder manuellen Behandlung zu Gunsten solcher Bäder nicht abgesehen werden darf, lassen es jedoch gerne gelten, dass die letzteren als ein vorzügliches Adjuvans der manuellen Therapie betrachtet werden können. Massiren wir ein Exsudat, so wird dessen Zertheilung und Resorption angestrebt, und was könnte diese besser befördern, als Moorbäder! Hat einmal die Zertheilung der Exsudatmassen begonnen, so wird deren Aufsaugung durch künstliche Moorbäder sehr beschleunigt. Handelt es sich darum, nach der Methode Thure Brandt's eine Lageveränderung des Uterus zu beheben, so kommt einem auch hier die tonisirende Wirkung der Moorpräparate sehr zu statten. Bei der Procidenz werden die erschlafften Tragapparate des Uterus durch die Uteruslüftungen und Hebungen zur Contraction und Relaxation angeregt und gewinnen unter dem Einflusse der Moorbäder bald ihren Tonus wieder, so dass der Prolaps dauernd behoben erscheint.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Baumgarten, Dr. med. P., o. ö. Prof. der Pathologie an der Universität Tübingen. Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen. Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet und herausgegeben von —. Sechster Jahrgang 1890. Erste Hälfte. Braunschweig, Harald Bruhn. 1891.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



18 Medaillen I. Classe.
Empfehle meine als vorzüglich anerkannten
Maximal-
und gewöhnliche
105
ärztl. Thermometer
zur Bestimmung der Körpertemperatur.
Urometer nach Dr. Heller und Dr. Ultzmann, Bade- und Krankenzimmer-Thermometer etc., sowie alle Arten Thermometer, Barometer und Aräometer.
Heinrich Kappeller
Wien, V., Kettenbrückengasse Nr. 9.
Illustrirte Preisverzeichnisse stehen gratis zur Verfügung.
Réaumur

WIENER MEDIZINISCHE PRESSE

XXXIII. Jahrg 1892. Wochenschrift für praktische Aerzte. XXXIII. Jahrg. 1892.

Inhalt der Nummern 1—6 vom Jahre 1892:

Einzelpreis dieses Heftes: 45 kr. = 75 Pf.

Abonnements-Preise: „Wiener Medizinische Presse“ und „Wiener Klinik“: Inland: Jährlich 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährlich 20 Mark, halbj. 10 Mark, viertelj. 5 Mark. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährlich 24 M., halbj. 12 M. „Wiener Klinik“ separat: Inland jährl. 4 fl., Ausland 8 M. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern u. Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Druck von Gottlieb Gistel & Comp in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

208. ***Allgemeines und Specielles über die toxischen Erkrankungen des Nervensystems.*** *Von Dr. H.* **Oppenheim.** *Vortrag, gehalten auf der 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle. (Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 49.)*

Oppenheim spricht über die ätiologische Bedeutung der Infection und Intoxication für die Erkrankungen des Nervensystems. Zunächst können unter dem Einfluss der Gifte gewisse typische Krankheitsbilder entstehen, welche durch die directe Einwirkung des Virus auf bestimmte Gebiete des Nervensystems hervorgerufen werden. Hierbei zeigt es sich, dass die verschiedenen Toxine an verschiedenen Stellen des Nervenapparates angreifen, ja, dass sie ihren krankmachenden Einfluss auf Fasern und Zellen von bestimmter physiologischer Dignität beschränken können. Die Zahl der typischen Giftlähmungen ist keine sehr grosse, doch gibt es mehrere wohl charakterisirte Formen, wie die Blei-, Alkohol-, Arsenik- und die diphtheritische Lähmung. Wenig Beachtung haben bisher diejenigen Lähmungsformen gefunden, die durch die combinirte Wirkung mehrerer Gifte herbeigeführt werden; hier können geringere Dosen eines Giftes, die wir nicht als toxisch betrachten, zu Erkrankungen des Nervensystems führen, wenn sich die Wirkung eines anderen Virus hinzugesellt. Ein weiterer Modus, nach welchem die toxischen Producte ihren Einfluss auf das Nervensystem geltend machen, ist ein mittelbarer, indem sie zunächst den Gefässapparat schädigen. Die durch Vermittlung des Gefässapparates hervorgerufenen toxischen Erkrankungen sind meistens diffuser Natur, während die Einwirkung der Gifte auf bestimmte Gebiete und Fasergattungen des Nervensystems das Entstehen systematisirter Krankheitsformen veranlasst. Für gewisse Krankheiten des Nervensystems, die in Form von disseminirten Herden auftreten, ist es nicht leicht, zu entscheiden, ob sie durch directe herdweise Einwirkung der Mikroben oder Gifte auf das Nervengewebe erzeugt oder durch eine disseminirte Gefässerkrankung bedingt werden. Hierher gehören die disseminirte Myelitis, respective Myelo-Encephalitis nach Infectionskrankheiten und die disseminirte Sclerose, in deren Aetiologie Infectionskrankheiten und Intoxication mit metallischen Giften eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Auch für die Aetiologie der functionellen Neurosen ist der Einfluss der Gifte nicht zu unterschätzen. Ferner wird die Beeinträchtigung des Nervensystems durch die toxischen Producte dadurch vermittelt, dass diese einen allgemeinen Entkräftungszustand herbeiführen, eine Anämie und Cachexie geringeren oder stärkeren Grades mit ihren mannigfachen Consequenzen für die nervösen Organe (Neur-

asthenie und deren Folgezustände). Die Gifte brauchen aber nicht nur direct Erkrankungen des Nervensystems hervorzurufen, sondern sie können dasselbe auch für andere Schädlichkeiten empfänglicher machen. So entwickelt sich die traumatische peripherische Lähmung besonders leicht bei Individuen, die unter dem Einflusse einer chronischen Intoxication stehen; der Alkoholismus und die chronische Bleiintoxication bilden eine entschiedene Prädisposition für die sogenannten Beschäftigungsatrophien und professionellen Paresen. Endlich ist von grosser ätiologischer Wichtigkeit der Factor der Intoxication bei den Ascendenten für die Nervenkrankheiten der Nachkommenschaft. Seit langer Zeit ist ja der verderbliche Einfluss des Trunkes auf die Descendenten bekannt, die häufig an Epilepsie und Psychosen erkranken. Es gibt also nicht nur eine neuropathische, sondern auch eine toxicopathische Belastung.

H. Levy, Breslau.

209. ***Myositis ossificans.*** *Von Dr.* ***C. Stuitsgaard****, Kopenhagen. (Nordiskt med. Arkiv. 1891. Bd. XXIII. 18.)*

Sowohl die unter dem Namen Exercier- und Reitknochen bekannten Ossificationen im Deltoideus, Pectoralis und Adductoren bei Infanteristen, beziehungsweise Cavalleristen, als die von *Münchmeyer* 1869 beschriebene Myositis ossificans progressiva gehören zu den grossen Seltenheiten. Ein Fall der letzteren Affection kam im Kopenhagener Commune-Hospitale bei einem vierjährigen Mädchen vor. Hier war der linke M. sternohyoideus ossificirt und ein knochenartiges Product, das sich im Platysma myoides oder in der subcutanen Fascie entwickelt hatte, setzte sich vom Zungenbein bis zum Unterkiefer fort, so dass die Bewegung des letzteren ausserordentlich beschränkt war. Der Versuch, durch Exstirpation den neugebildeten Knochen zu entfernen und dadurch das Leiden zu heben, misslang, denn schon vor der völligen Heilung der Operationswunde zeigte sich Induration des linken Sternocleidomastoideus und recidivirende Ossification in der Halsfascie. Der Fall ist von besonderem Interesse, weil die Kranke an Mikrodactylie beider Daumen und grossen Zehe und Ankylose ihrer Phalangen litt, und weil die Literatur nachweist, dass dieselbe Difformität bei Kindern mit Myositis ossificans nicht selten sich findet. Eine Erklärung dieses Zusammentreffens ist freilich nicht zu geben.

Th. Husemann.

210. ***Ueber einige schmerzhafte Affectionen im Gefolge der Influenza.*** *Von Dr.* ***Ernest Sansom.*** *(The Lancet. 1892. 2. Jan. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 9.)*

Verf. berichtet über eine Anzahl schwerer Neuralgien, für die keine andere Aetiologie zu finden war, als vorhergegangene Influenza, und zwar variirte der Zwischenraum zwischen der Attacke dieser Krankheit und jenen Folgeaffectionen von einigen Wochen bis zu 20 Monaten. Die Krankheitsfälle werden von Verf. in folgende Gruppen gebracht: 1. Localisation der Neuralgien in der Abdominalgegend. Entweder erstreckte sich der Schmerz auf das Abdomen im Allgemeinen, oder aber speciell auf das Epigastrium, oder endlich auf die Gegend des rechten Hypochondrium. Anfangs eine Gallencolik vortäuschend, aber in seinem neurotischen Charakter durch die Abwesenheit jedes objectiven Befundes gekenn-

zeichnet. Bei der epigastrischen Form traten die Schmerzen gewöhnlich in Paroxysmen, häufig Nachts auf, zuweilen von Erbrechen begleitet, in einem Falle mit Heisshunger verbunden; bei Nahrungsaufnahme trat dabei Milderung des Schmerzes ein, worauf aber bald Uebelkeit folgte. Auch Druckgefühl auf der Brust und Unfähigkeit, tief zu athmen, kamen in diesen Fällen vor. Dabei bestand Neigung zu Diarrhoe. 2. Kopfneuralgien an den verschiedensten Stellen: Supraorbital-, Occipitalregion u. s. w., auch allgemeiner Kopfschmerz, zuweilen verbunden mit Schwindel, Ohrensausen, Tremor, Herzpalpitation, Unterleibscolik oder gastrische Krisen. 3. Neuralgien in der Herzgegend. Zuweilen constanter und dumpfer Schmerz in der Herzgegend (in einem Falle verbunden mit Ameisenlaufen den linken Arm hinab); meist aber paroxysmenartige Anfälle, die eine Angina pectoris vortäuschen konnten und in einigen Fällen zu Bewusstseinsverlust führten. Während zuweilen kein unmittelbarer Anlass zu der Attacke ersichtlich war, traten dieselben bei einer 41jährigen Dame nach Anstrengungen ein; in letzterem Falle war der Schmerz auf den zweiten linken Intercostalraum — vermuthlich die Gegend des oberen Plexus cardiacus — beschränkt, woselbst sich auch eine empfindliche Stelle befand; auch wurden in liegender Stellung die Herzpulsationen schmerzhaft empfunden. Auch das charakteristische Gefühl der Oppression und Todesangst war bisweilen vorhanden, desgleichen Verlangsamung oder Unregelmässigkeit des Pulses. 4. Neuralgien der Extremitäten. Hier kamen in Betracht Arme, Waden, Oberschenkel, die Gegend des N. ischiadicus u. s w., zuweilen mit nächtlichen Exacerbationen verbunden, manchmal auch mit Neuralgien an Theilen des Rumpfes vergesellschaftet. Was die Deutung dieser Fälle anbelangt, so meint Verf., dass sie unzweifelhaft auf einer peripheren Neuritis beruhten, und er begegnet sich so mit den jüngst referirten Ansichten von *Althaus*, dass die Materia morbi der Influenza dem syphilitischen Virus in der Tendenz ähnle, nach Ablauf der acuten Krankheit hinterher mannigfache Theile des Nervensystems heimzusuchen, dass sie dagegen das syphilitische Gift übertreffe in der Intensität und Raschheit der Wirkung.

211. ***Ueber acute idiopathische Halsdrüsenentzündung.*** *Von Dr. **H. Neumann**. Vortrag in der medicinischen Gesellschaft zu Berlin. (Wien. med. Wochenschr. 1892. 4.)*

Der nachfolgend beschriebene Symptomencomplex unterscheidet sich in mehreren Punkten von ähnlichen Krankheitsbildern, wie sie von *Pfeiffer, Henoch* und Anderen beschrieben sind. Es ist eine Krankheit des Kindesalters. Von 27 Fällen, die Redner beobachtet hat, betrafen 11 Kinder unter einem, 10 Kinder unter zwei Jahren. Nachdem zuweilen ein unbedeutender Husten und leichter Schnupfen vorangegangen ist, hebt die Krankheit plötzlich mit hohem Fieber an, die Kinder werden unruhig, matt, schlaflos, haben Erbrechen und Kopfschmerzen. Am folgenden Tage entsteht an einer Seite des Halses, selten an beiden, eine schnell anwachsende Schwellung. Puls und Athmung werden beschleunigt. Am Halse imponirt eine pralle, gleichmässige, druckempfindliche, geröthete Geschwulst, die unter dem Kieferwinkel beginnt, unter dem Sternocleidomastoideus heruntergeht und zuweilen jenseits desselben zum Vorschein kommt.

Die Geschwulst erreicht die Grösse eines Gänseeies und fixirt den nach der kranken Seite hin gebeugten Kopf. Beide Seiten des Halses werden gleich oft befallen. Der weitere Verlauf ist verschieden. Entweder erfolgt ein allmäliger Abfall des Fiebers unter Rückgang der localen Erscheinungen, oder es kommt zur Eiterung. Die Krankheit ist durchaus gutartig. Auch nach Incision des Abscesses kommt sie in 5 bis 7 Wochen zur Heilung. In naher Beziehung steht sie in der Mehrzahl der Fälle zu Erkrankungen des Nasenrachenraumes, durch welche offenbar das infectiöse Agens in den Körper eingedrungen ist. Diese gemeinsame Aetiologie wird auch noch durch das wiederholt gleichzeitige Auftreten von Otitis media bewiesen. Bacteriologisch lässt sich in dem Eiter der incidirten Abscesse hauptsächlich der Streptococcus nachweisen. Die Krankheit scheint epidemisch aufzutreten und durch Witterungseinflüsse bestimmt zu werden. Sie tritt gehäuft auf zur selben Zeit, wie die catarrhalischen Affectionen des Athmungsapparates. Schliesslich steht die Krankheit noch ätiologisch in Beziehung zu dem acuten idiopathischen Retropharyngealabscess, der auf dasselbe infectiöse Agens zurückzuführen ist. Die beiden Erkrankungen treten zuweilen alternirend auf, sie können zusammengefasst werden unter dem Namen der acuten idiopathischen Lymphdrüsenempfindung.

212. ***Beitrag zur Kenntniss der chronisch-tuberculösen Peritonitis des Kindesalters.*** *Von Dr.* **Emil Berggrün** *und Dr.* **Arthur Kuntz.** *(Wien. klin. Wochenschr. 1891. 46. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 6.)*

Eine der auffallendsten und noch am wenigsten geklärten Thatsachen auf dem Gebiete der klinischen Medicin ist das Auftreten acholischer Stühle bei nicht bestehendem Icterus und mangelnder Gallenpigmentreaction im Harne, wie man demnach annehmen muss, bei offenen Gallenwegen. Nun hatten verschiedene Autoren dasselbe Symptom bei der chronischen Peritonitis der Kinder neben einem abnormen Fettreichthum der Fäces beobachtet, ohne jedoch einen bestimmten Grund für diese Erscheinungen angeben zu können. Auffällig war ferner bei diesen acholischen oder vielmehr durch Gallenfarbstoffe nicht gefärbten Stühlen der Mangel an fauligem Geruch, der bei den in Folge von Icterus gleichfalls entfärbten Fäces sich bekanntlich stets in unangenehmster Weise bemerkbar macht. Verff. haben nun bei einer ganzen Reihe von Kindern, die an chronischer tuberculöser Peritonitis litten, die Fäces chemisch untersucht und glauben aus dem Resultat dieser Versuche folgende Schlüsse ziehen zu dürfen: 1. Die Entfärbung der Stühle bei der tuberculösen Peritonitis des Kindesalters ist in einer Vermehrung des zur Ausscheidung kommenden Fettes begründet. 2. Die Secretion der Galle ist nicht gestört. 3. Die Wirkungsweise der Galle ist modificirt — indem ihre antiputriden Eigenschaften wohl erhalten bleiben, ihre Wirkung auf die Fettverdauung jedoch vermindert erscheint. Da der freie Abfluss der Galle in den Darm nicht gestört ist, so erklärt es sich auch, dass der Harn normal gefärbt ist, d. h. keine Gallenfarbstoffe enthält, die Gallenfarbstoffe bedürfen keiner anderen Ausgangspforte aus dem Organismus, wie dies beim Icterus und dem dadurch gegebenen behinderten Gallenabfluss der Fall ist.

213. ***Zur Differentialdiagnose zwischen cerebraler Blutung und Erweichung.*** *Von Dr. **Ch. Dana**. (Med. Record. 1891. 30. — Centralbl. f. Nervenhk. 1892. Januar.)*

Verf. gibt einige Anhaltspunkte für die differentiale Diagnose zwischen Hirnblutung, Erweichung und Embolie — die sehr schwierig, oft geradezu unmöglich ist — indem er 74 von ihm beobachtete, zur Section gekommene Fälle analysirt. Die Dauer der Krankheit beträgt im Durchschnitt in Fällen mit tödtlichem Ausgang: bei Ventrikelblutungen 1—3 Tage, bei anderen centralen Hämorrhagien und Blutungen der Oberfläche eine Woche, bei acuter Erweichung 1—10 Wochen. Wichtig für die Diagnose ist das Alter. Nach Verf. treten Hämorrhagien häufiger als gewöhnlich angenommen wird, in den Vierziger Lebensjahren auf. Die Hauptzahl der Fälle liegt zwischen 30—50 Jahren. Die meisten Erweichungen scheinen in dem Zeitraum zwischen 50 und 60 Jahren aufzutreten, wenigstens gilt das für die thrombotischen. Was den Sitz des Processus betrifft, so bestätigt die Beobachtung, dass 1. Embolien meist auf der linken Seite auftreten, und dass 2. Hämorrhagien und Embolien ihren Sitz in der Mehrzahl der Fälle im Gebiete der Art. cerebri media haben. Sitzt das Leiden daher im Gebiete der Art. post cerebri oder vertebralis, so wird es sich wahrscheinlich um eine Erweichung thrombotischer Natur handeln. Sowohl bei Blutungen als bei Emollition stellen sich Delirien ein, wenn nicht schon innerhalb 4—5 Tagen der Tod eintritt. Kurze Anfälle tiefster Bewusstlosigkeit deuten auf Thrombose, ebenso prämonitorische leichte Anfälle. Am tiefsten ist die Bewusstseinsstörung bei ventriculären Blutungen, geringer bei oberflächlichen, meningealen. Ein schnelles Uebergehen von partieller zu tiefer Bewusstseinsstörung lässt annehmen, dass die Blutung in die Ventrikel durchbrochen ist, während Convulsionen auf einen Durchbruch der Blutung auf die Oberfläche schliessen lassen. Tritt der Anfall ohne Bewusstlosigkeit auf, folgt diese aber sehr bald darauf, so lässt das auf Embolie schliessen. Convulsionen sind in der Regel das Symptom für Hämorrhagie, doch können sie auch bei acuter corticaler Erweichung auftreten. Frühzeitige Muskelrigidität, besonders auf der paralytischen Seite, tritt fast nur bei Hämorrhagien auf, und zwar hauptsächlich bei ventriculären, selten (3 Fälle) bei Thrombose und noch seltener (1mal) bei Embolien. Bei Hämorrhagien besteht meist Verengerung und Unregelmässigkeit der Pupillen und mangelhafte Lichtreaction. Ungleiche Pupillen findet man am häufigsten bei Blutungen an der Oberfläche, wobei die Dilatation sich meist auf derselben Seite, wie die Hämorrhagie, befindet. Bei acuten Erweichungen wurden ungleiche Pupillen selten beobachtet. Auf eine Läsion der Oberfläche muss man schliessen bei Convulsionen mit conjugirter Deviation der Augen (und des Kopfes) nach der Seite hin. Anästhesie tritt am häufigsten bei Erweichung auf. Bedeutende Hemianästhesie zugleich mit mässiger Lähmung spricht für Erweichung. Die Temperatur sinkt bei Beginn des apoplectischen Anfalles mehrere Grade, nach einigen Stunden fängt sie jedoch an zu steigen und erreicht oft bei letalen Fällen eine bedeutende Höhe, während die Erweichung sich dadurch vor der Hämorrhagie auszeichnet, dass bei ihr die Körpertemperatur

von Anfang an weniger beeinflusst ist, und wenn es der Fall ist, so doch nur auf der gesunden Seite. Ist der Pat. zwischen 30 und 50 Jahren, und hat er kein Herzleiden, so verhielt sich die Wahrscheinlichkeit für Hämorrhagie wie 6 zu 1. Symptome für Hämorrhagie sind also: Alter 30—50 Jahr, plötzliches Auftreten mit Coma, Rigidität, stark ausgesprochene Lähmung, ungleiche Pupillen, Verbindung von Convulsionen mit Deviation, oben erwähnte Temperaturstörungen.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

214. ***Ueber die Anwendung von Guajacolcarbonat bei Tuberculose.*** *Von Dr.* **R. Seifert** *und Dr.* **F. Hölscher**. *(Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 51.)*

Schon seit geraumer Zeit haben die Nachtheile und Gefahren, welche die Anwendung eines Mittels von so schwankender Zusammensetzung wie Kreosot und von so starker Reizwirkung wie Kreosot oder Guajacol mit sich bringt, Veranlassung gegeben, nach einem Arzneimittel zu suchen, das nur die günstige Wirkung des chemisch reinen Guajacol zeigt. Erst vor Kurzem sind solche Versuche mit Benzoylguajacol (Benzosol) von *Walzer* veröffentlicht worden, über die Referent bereits berichtet hat. *Seifert* und *Hölscher* glauben das vorgesteckte Ziel mit der Herstellung des Guajacolcarbonates $CO(OC_6H_4OCH_3)_2$ erreicht zu haben, das ein einheitlicher, chemisch reiner Stoff, fest und krystallinisch, geruchlos, geschmacklos, unlöslich in Wasser von neutraler Reaction, ohne Reizwirkung auf die Schleimhäute ist und die Verdauungsorgane in keiner Weise belästigt. Dem gesunden Magen gegenüber verhält es sich indifferent; erst im Darme spaltet es sich durch Anlagerung von Wasser in Guajacol und Kohlensäure. Im kranken Phthisikermagen aber, wo sich meist eine abnorm grosse Menge saprophytischer und parasitärer Bacterien befindet, wird gerade durch die Fäulniss- und Gährungsprocesse eine grössere Menge Guajacol abgespalten, welches die Entwicklung der Bacterienwelt hemmt. Das frei gewordene Guajacol wird sofort resorbirt, so dass bei Einverleibung grosser Mengen Guajacolcarbonat eine Ansammlung von freiem Guajacol im Darme nicht stattfindet. Das wieder ausgeschiedene Guajacol ist oft schon $^1/_2$—1 Stunde nach der Einnahme im Harn nachzuweisen. *Seifert* und *Hölscher* haben bisher circa 60 Phthisiker in den verschiedenen Stadien der Krankheit mit Guajacolcarbonat behandelt, Anfangs 0·2—0·5 Grm., später sogar bis 6 Grm. pro die gegeben, ohne dass jemals bei den Patienten irgend welches Unbehagen durch das Präparat verursacht wurde. Einer Aufbesserung des subjectiven Wohlbefindens (Hebung des Appetites, der Ernährung, Zunahme des Körpergewichtes) entsprach auch der objective Lungenbefund, indem leichte Dämpfungen sich aufhellten, Rasselgeräusche sich verminderten, respective verschwanden und die Bacillen im Auswurf abnahmen. Zum Beweise folgen einige Krankengeschichten, aus denen jedoch hervorgeht, dass zu einer erfolgreichen Therapie ein strenges Individualisiren der Fälle gehört. *H. Levy,* Breslau.

215. ***Ueber subcutane Injectionen von Oleum camphoratum Pharm. Germ.*** *Von Dr.* ***Bruno Alexander.*** *(Deutsch. Med.-Ztg. 1891.)*

Verf. hat seit zwei Jahren bei Lungenkranken mit subcutanen Campherinjectionen sehr bemerkenswerthe Resultate gesehen. Injicirt man täglich 1 Grm. Ol. camph., so stellen sich gewöhnlich nach der fünften Injection Kopfschmerzen und nächtliche Unruhe ein. Beginnt man früher als in Zwischenräumen von mindestens 8 Tagen, so treten dieselben Erscheinungen schon nach der zweiten Injection auf. Campherinjectionen wirken cumulativ. Bei Lungenschwindsüchtigen werden die Campherinjectionen gewöhnlich längere Zeit vertragen, als bei anderen. Angina follicularis, Coryza acuta, Pharyngo-Laryngitis acuta können schon durch eine Campherinjection coupirt werden. Bei Bronchitiden ist das Secret nach der ersten Injection vermehrt, nach der vierten Injection selbst in sehr schweren Fällen fast vollkommen geschwunden. Die Bronchitiden der Emphysematiker werden jedoch nur in geringerem Masse durch die Campherinjection beeinflusst. Injicirt man bei croupöser Pneumonie einen Tag um den anderen, so findet man an den dazwischenliegenden Tagen neben Besserung des Allgemeinbefindens die Körpertemperatur bis um einen Grad geringer. Eine Abkürzung der Krankheit wird dadurch nicht erzielt. Die Campherinjectionen wirken antipyretisch, und zwar bei Erkrankungen der Respirationsorgane schon in kleinen Dosen. Bei Pneumonien Herzkranker, schwächlicher und alter Individuen von Beginn an hält Verf. in jedem Falle die Campherbehandlung für indicirt; im Uebrigen reservirt er dieselbe für bedenkliche Zustände während der Krisis und hauptsächlich nach eingetretener Krisis; nach viermaliger Anwendung ist das Secret in den Lungen verschwunden und die Reconvalescenz um ein Bedeutendes abgekürzt. Im Endstadium der Lungenschwindsucht (Cavernen, nächtliche starke Schweisse, hectisches Fieber etc.) sah Verf. von keinem anderen Mittel auch nur annähernd solche glänzende Erfolge wie von der Campherbehandlung. Die Campherinjectionen wirken vorzüglich gegen die nächtlichen Schweisse der Phthisiker. Der Hustenreiz wird auf ein Minimum reducirt, der Auswurf flüssiger, bedeutend verringert; das Allgemeinbefinden bessert sich ungemein, so dass Kranke, welche nicht mehr fähig waren, das Bett zu verlassen, schon nach der ersten Injection dazu sich kräftig genug fühlten. Mit dem Nachlass aller dieser Beschwerden tritt auch ruhiger Schlaf ein. Morphium wird bei der Campherbehandlung vollkommen unnöthig. Auch Hämoptysen verliefen bei dem Gebrauch von Campherinjectionen günstig und die Patienten konnten früher das Bett verlassen, ohne ein Recidiv zu erleiden, als bei anderer Behandlung. Ausser bei den Erkrankungen der Respirationsorgane hat Verf. noch folgende Erfahrungen mit den Campherinjectionen gemacht: bei Herzkranken, welchen Digitalis nichts mehr nützte, stellte sich nach Gebrauch von Campherinjectionen eine Heilwirkung der Digitalis wieder ein. Chlorotische Individuen, bei welchen systolische Herzgeräusche, Athemnoth bei Körperanstrengungen und allgemeine Schlaffheit sich zeigten, besserten sich durch Campherinjectionen. Kinder vertragen die Campherinjectionen bis zur

erfolgten Dentition nur in minimalen Dosen. Auf das Befinden der Brustkinder schienen die wegen Pneumonia catarrhalis den Müttern gemachten Campherinjectionen keinen irgendwie ungünstigen Einfluss zu üben.

216. ***Beiträge zur Kenntniss der Wirkung von Sauerstoffeinathmungen auf den Organismus.*** *Von Dr.* ***Honigmann.*** *(Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XIX, pag. 270. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 5.)*

Verf. prüfte den Einfluss der Sauerstoffinhalationen auf den Organismus, indem er als Maassstab für die Wirkung den Einfluss auf den Stoffwechsel, besonders den Stickstoffwechsel festzustellen suchte. Die Untersuchungen wurden bei 5 sauerstoffarmen anämischen oder chlorotischen Individuen ausgeführt, welche 40—100 L. pro die inhalirten. Die Inhalationen wurden von allen Patienten gut vertragen. Bei zwei Patienten, die sich im Zustande des gestörten Stickstoffgleichgewichtes befanden, stellte sich dasselbe durch die Inhalationen wieder her. Die eine Patientin zeigte einen directen Heilerfolg, während in dem anderen Falle in Folge einer latenten Ursache der Anämie keine Besserung erzielt wurde. Im ersten Falle trat auch eine Blutveränderung ein, während im zweiten, wie auch bei den drei Chlorosen weder hinsichtlich der Zahl der Formelemente noch im Hämoglobingehalt eine Veränderung erfolgte. Bei zwei chlorotischen Mädchen, die sich im Stoffwechselgleichgewicht befanden, trat unter der Wirkung des Sauerstoffes eine vermehrte Stickstoffausscheidung ein, die bei der einen Patientin sogar die Grösse der Einnahmeziffer übertraf, jedenfalls also eine lebhaftere Zersetzung des Circulationseiweisses. Nach den Beobachtungen bei den ersten beiden Patientinnen scheint der Rückschluss berechtigt, dass der verminderte Hämoglobingehalt, das Hauptcharakteristicum des chlorotischen Blutes, für den Sauerstoffmangel des Gesammtorganismus keine wesentliche Bedeutung hat. Wenn der erhöhte Eiweisszerfall als Kriterium für den letzteren anzusehen ist, so würden sich nur solche Chlorosen zur Sauerstoffbehandlung eignen, bei denen die schlechte Ernährung im Vordergrund steht. Für die Sauerstoffbehandlung geeignet hält Verf. besonders die sogenannten idiopathischen perniciösen Anämien, die keine maligne Ursache haben, vielleicht auch die des Diabetes. Die Inhalationen würden dann zu verbinden sein mit solchen Mitteln, welche die Rolle von Sauerstoffüberträgern im Organismus übernehmen, besonders mit Arsen und Schwefel.

217. ***Ueber den Nährwerth der Eierklystiere.*** *Von Dr.* ***Armin Huber.*** *(Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVII. — Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 2.)*

Huber hat am Menschen eine grössere Untersuchungsreihe durchgeführt, welche die früher von *Ewald* behandelte Frage betrifft, ob einfach emulgirte Eier ohne irgend welchen Zusatz prompt vom Darm resorbirt würden. Die Untersuchungen *Huber's* ergeben, dass das einfach emulgirte Hühnerei in der That vom Dickdarm, respective Rectum zu einem beträchtlichen Theil resorbirt wird, dass aber durch Zusatz von Kochsalz oder durch Peptonisirung der Eier die Resorption ganz erheblich (zeitweise um mehr wie das Doppelte) gesteigert wird. Die mit Kochsalzwasser vermengte

Eieremulsion stellt ein vortreffliches Nährklystier dar, doch soll der Kochsalzgehalt nicht zu hoch sein (1 Grm. Kochsalz auf 1 Ei). Deshalb ist die Bemerkung *Ewald's* „Zur Noth genügen zu Nährklystieren schon gut emulgirte rohe Eier, die man mit etwas Kochsalzwasser verdünnen kann“, nach *Huber* besser dahin zu formuliren: „In der mit Kochsalzwasser vermengten Eieremulsion besitzen wir ein vortreffliches Nährklystier“. Kein einziges der zahlreichen Klystiere dieser Art, welche *Huber* applicirte, wurde unzeitig ausgestossen, sie wurden ausnahmslos gut ertragen und erzeugten keinerlei Reizerscheinungen von Seiten des Darmes. Von der immerhin complicirten Peptonisirung der Eier will *Huber* absehen, da sie dem Kochsalzeierklystiere gegenüber die Resorptionsfähigkeit nur noch um ein Geringes steigerte. Bezüglich der Application folgt *Huber* den Vorschriften *Ewald's*: Man lasse die Nährmasse, deren Gesammtmenge $^1/_4$ Liter nicht überschreiten soll, durch ein hoch in den Darm eingeführtes langes, weiches Darmrohr langsam einfliessen. Referent *Kaufmann* hat an der Klinik *Kussmaul's* sehr oft die dort seit Jahren gebräuchlichen Nährklystiere dargereicht und darreichen sehen, welche aus emulgirten Eiern und Fleischbrühe hergestellt wurden — eine dem obigen Kochsalzwasser-Eierklystiere wohl analoge Mischung. Der Darm erwies sich diesen Klystieren gegenüber, wenn durch Wasserklystiere für Reinigung gesorgt wurde, durchaus tolerant. Bei sehr heruntergekommenen Patienten setzte man mit grossem Nutzen den Klystieren $^1/_3$ der Menge Weisswein zu.

218. ***Ueber Anwendung des Methylenblau bei tuberculösen Processen.*** *Von Dr.* **Althen,** *Wiesbaden. (München. med. Wochenschr. 1892. 1. — Wien. klin. Wochenschr. 1892. 4.)*

Althen berichtet über günstige Wirkungen des Methylenblau bei tuberculösen Processen und bei entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Unterleibsorgane. Das Methylenblau wurde theils in wässeriger concentrirter Lösung, theils in 10%iger Mischung mit Cacaobutter (als Bacilli, Globuli oder Suppositorien), theils in Substanz rein oder zu gleichen Theilen mit Magnesia usta gemischt angewandt. Bei tuberculösen Processen gab *Althen* das Methylenblau meist innerlich, und zwar aufsteigend von 0·1 Grm. pro die bis zu 1·5 Grm. (am ersten Tage 0·1, am zweiten Tage zweimal 0·1 u. s. w.), wobei besondere Rücksicht darauf zu nehmen ist, dass das Mittel im unmittelbaren Anschluss an die Mahlzeiten (also bei täglicher Verabreichung von 1·5 Grm. deshalb dreimal täglich 0·5 Grm.) eingenommen wird. Wo dies nicht geschieht, lasse man dasselbe nur zu gleichen Theilen mit Magnesia usta geniessen. Wurde die Tagesdosis von 1·5 Grm. erreicht, dann verringerte *Althen* die Quantität des in der Folge dargereichten Mittels ebenso, wie er mit demselben angestiegen, bis er zu 0·1 Grm. pro die wieder abgesunken, um neuerlich und in gleicher Stufenleiter wieder anzusteigen etc. Acht Fälle von nicht cavernöser Lungenphthise, beziehungsweise Larynxphthise zeigten eine erhebliche Besserung unter derartiger Therapie, selbst nahezu volle Heilung; bei ausschliesslicher Kehlkopfphthise wurde übrigens das Mittel neben innerlichem Gebrauche auch local in Pulverform angewendet. — In drei Fällen von Halsdrüsentuberculose brachte das Mittel, jeden

dritten Tag in die erkrankten Drüsen je eine *Pravaz*'sche Spritze eine 17 pro Mille-Lösung, der einige Tropfen Alkohol zugesetzt waren, eingespritzt, die Drüsen zum Verschwinden. Auch hier wurde übrigens täglich 0·5 Grm. innerlich dargereicht. Vier Fälle von an Knochentuberculose Erkrankten, local und per os mit Methylenblau behandelt, erfuhren gleiche Heilung. Günstige Einwirkung des Methylenblau merkte *Althen* überdies bei Endometritis und parametralen Exsudaten. Hier wurde wie bei Behandlung der tuberculösen Drüsen Methylenblau direct injicirt, dort jeden dritten Tag ein 10 Procent Farbstoff enthaltendes Stäbchen aus Cacaobutter in die Uterushöhle eingeführt, beiderseits erfolgte Heilung je nach der Schwere der Erkrankung in 14 Tagen bis zu $^1/_4$ Jahr. Von der analgetischen Wirkung des Methylenblau endlich überzeugte sich *Althen* in einem Falle von Pneumonie. Hier schwanden schon nach einer einmaligen Dosis von 0·5 Grm. die begleitenden pleuritischen Schmerzen, während gleichzeitig die Athmung freier wurde.

219. ***Zur Therapie der Diphtherie.*** *Von Prof.* **Strübing.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 48. — München. med. Wochenschr. 1891. 52.)*

Strübing weist in erster Linie darauf hin, dass man nach den *Löffler*'schen Untersuchungen streng unterscheiden muss zwischen der „echten" Diphtherie, bei welcher der *Löffler*'sche Bacillus gefunden wird, und der „Pseudodiphtherie", welche der Einwirkung der Streptococcen ihre Entstehung verdankt. Diese Streptococcendiphtherie ist eine viel gutartigere Erkrankung, sie ist es zum Theil gewesen, welche so vielen Mitteln unverdienten Ruhm geschafft hat. Die beiden Formen lassen sich im Anfang der Erkrankung wohl immer nur durch die Anlegung der Cultur differenziren. Von einer richtigen Therapie der Diphtherie verlangt Verf. drei Dinge: 1. Behinderung der weiteren Bacterienentwicklung, 2. Paralysirung des bereits eingedrungenen Giftes, 3. Behinderung der Invasion anderer Bacterien. Die Erfüllung aller dieser ideellen Forderungen ist unmöglich; möglich ist allein, die Entwicklung der Diphtheriebacillen und die Invasion sonstiger Mikroorganismen zu hindern, und das auch nur bei nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen. *Strübing* muss sich nach seinen Erfahrungen entschieden zu Gunsten einer örtlichen Behandlung aussprechen, und zwar hat er, von den bekannten Untersuchungen *Löffler's* ausgehend, sowohl die Carbolwie die Quecksilberbehandlung eingeleitet. Mit beiden hat er entschieden günstige Erfolge erzielt. Die Carbolbehandlung besteht darin, dass alle 4 bis 8 Stunden eine Mischung von

Acid. carbol. 3·0—5·0
Ol. Terebinth. rect. 40·0
Alkohol absol. 60·0

vermittelst Wattebäuschchen auf die erkrankten Stellen applicirt wird. Gleichzeitig lässt man alle 4—8 Stunden sich gurgeln mit

Acid. carbol. 3·0
Alkohol 30·0
Aq. dest. 70·0.

Erwachsene nehmen zur jedesmaligen Gurgelung einen Esslöffel voll, Kinder einen Kinderlöffel der Mischung. Die Quecksilber-

behandlung wird in der Weise vorgenommen, dass eine Sublimatlösung alle 4—8 Stunden in derselben Weise wie die Carbollösung auf die erkrankten Stellen gebracht wird und gleichzeitig Gurgelungen mit Sublimat 1 : 10.000 oder mit Hydrargyrum cyanatum in der gleichen Concentration vorgenommen werden. Die Gurgelungen sowohl mit der Carbol- wie der Quecksilberlösung dürfen erst dann gestattet werden, wenn man sich überzeugt hat, dass die Kranken überhaupt gurgeln können, und dass nicht die Gefahr des Verschluckens besteht. Bei etwaigen Intoxicationserscheinungen sind die Gurgelungen sofort einzustellen. Für die Reinigung der Rachenhöhle sorgt man in beiden Fällen am besten durch fleissige Gurgelungen mit Kalkwasser. Als sehr nützlich erwies sich auch in vielen Fällen die innerliche Verabreichung von Hydrarg. cyanat. 0·01 : 100, stündlich einen Theelöffel. Vielleicht kommt dieser Medication eine den Process in seiner Totalität günstig beeinflussende Wirkung zu. Die Sublimatbehandlung schien bei der echten Diphtherie vor der anderen Methode gewisse Vortheile zu haben. Beide Mittel lassen im Stich, sobald es sich um schwere, räumlich stark ausgedehnte Processe handelt und sobald sich der Process auf die Luftwege fortsetzt. Bei der Scharlachdiphtherie erwies sich die Carbolsäurebehandlung als die erfolgreichste.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

220. ***Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen.*** *Von Dr.* ***Carl Abel,*** *Specialarzt f. Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 3.)*

Abel wendete das Mittel bei Blutungen an, denen entweder ein objectiver anatomischer Befund zu Grunde lag oder bei denen ein solcher fehlte. Zur ersten Kategorie gehören primäre Blutungen bei Endometritis, Metritis und Myom, sowie secundäre bei Erkrankungen der Anhänge, wie Parametritis, Tubensäcken und Tuboovarialtumoren. Zur zweiten Kategorie gehören die Meno-, respective Metrorrhagien, bei denen ein objectiver Befund nicht erhoben werden konnte, und die gewöhnlich als ovarielle oder congestionelle Blutungen bezeichnet werden. Gerade bei diesen letzteren Fällen bewährte sich das Hydrastinin am besten. Verf. wendet das Mittel stets subcutan an. Die Einspritzungen werden auf der rechten und linken Unterbauchseite gemacht. Man benützt eine 10procentige wässerige Lösung des salzsauren Hydrastinin und injicirt $^1/_2$—1·0 Grm. Die nach der Injection auftretenden brennenden Schmerzen können durch kalte Umschläge gemildert werden. Die Injectionsstelle verfärbt sich am Tage nach der Injection häufig in der Grösse eines Zweimarkstückes blauschwarz. Einmal dehnte sich diese Verfärbung über den ganzen Unterleib aus. Allmälig verschwindet dieselbe wieder und es bleibt an der Injectionsstelle eine Induration übrig, die noch lange auf Druck schmerzhaft bleibt. Wie oft man die Einspritzungen macht, hängt ganz von der Art und Schwere der Erkrankung ab. Handelte es sich um „ovarielle“ Blutungen, welche nur als verstärkte und verlängerte, alle 4 Wochen wiederkehrende Menstruationen auf-

traten, hat *Abel* gewöhnlich in den Wochen bis zum Eintritt der Periode je 1 Einspritzung à $^1/_2$ Grm. gemacht, während der Menses aber täglich 1·0 Grm. Hatte sich bei dieser Behandlungsweise eine Besserung gezeigt, so wurden die Einspritzungen bis zur nächsten Menstruation noch wöchentlich einmal fortgesetzt, während derselben aber keine Einspritzung gemacht. Fast ausnahmslos wurde so bei 2—3monatlicher Anwendung des Hydrastinin die Periode wieder normal und ist es bei den meisten Fällen auch jetzt noch nach 5—6monatlicher Beobachtung. Traten hin und wieder Verschlechterungen ein, so genügte gewöhnlich eine Injection während der Periode, um die Blutung zu stillen. — Halten die congestionellen Blutungen den regelmässigen Typus der Menstruation nicht inne, sondern treten dieselben in unregelmässigen Zwischenräumen (nach 14 Tagen bis 3 Wochen) auf, so muss die Behandlung vom Anfang an eine energischere sein. *Abel* spritzte unter diesen Verhältnissen wöchentlich 2—4mal 1·0 Grm. Hydrastinin ein; während der Menses täglich 1·0 Grm. Meist ergab sich schon beim ersten Eintritt der Periode eine günstige Wirkung, insofern derselbe sich um 4—5 Tage verzögerte. Unter gleichmässig fortgesetzter Anwendung des Mittels trat gewöhnlich das zweite Mal die Periode nach 4 Wochen ein und dauerte bei geringerem Blutverlust nicht länger als 5 Tage. Gleichzeitig verschwanden oft heftige dysmenorrhoische Beschwerden. In einem Falle fanden zur Zeit der sehr profus auftretenden Periode regelmässig Blutungen in die Conjunctiva palpebrarum statt, so dass von dem sich ablagernden Blutfarbstoff die Augen von einem dunkelblauen Ringe umgeben waren. Nach mehrmonatlicher Anwendung des Hydrastinin waren die Blutungen auf die Norm beschränkt und die Augenlider hatten wieder ihr gewöhnliches Aussehen. *O. R.*

221. ***Zur gynäkologischen Elektrotherapie.*** *Von Dr.* ***Ludwig Mandl*** *und Dr.* ***Josef Winter.*** *(Wien. klin. Wochenschr. 1891—92.)*

Die Elektrotherapie in der Gynäkologie, deren Gründer und Hauptvertreter *Apostoli* in Paris ist, hat an der Klinik des Prof. *R. Chrobak*, an dessen Klinik alle streng wissenschaftlichen Methoden eine gastfreundliche Aufnahme finden, um gewissenhaft und objectiv geprüft und beurtheilt zu werden, eine bleibende Heimstätte gefunden. Diesem Umstande haben wir auch diese erste ausführliche Arbeit über Elektrotherapie aus einer Wiener gynäkologischen Klinik von fleissigen und strebsamen Autoren zu danken. Das Wesen der Elektrotherapie besteht darin, durch polare Wirkungen an den zur Behandlung gelangenden Organen Veränderungen zu schaffen, die zerstörend auf das krankhaft veränderte Gewebe wirken, um dieselbe in normale Verhältnisse, zur normalen Function zu bringen. So sehen wir denn auch aus den präcisen Auseinandersetzungen der Autoren, dass die Elektrotherapie zwei mächtigen und bedeutungsvollen Indicationen in der Gynäkologie zu genügen hat, nämlich schmerzlindernd und blutstillend zu wirken. Diesen beiden Indicationen hat die Elektrotherapie in der von den Autoren angewandten, von der *Apostoli*'schen etwas abweichenden Methode vollkommen entsprochen, trotzdem die Methode bei einem ambulanten, nicht genau zu controlirenden und auch nicht allen Anforderungen entsprechenden Materiale geübt wurde. In allen Fällen wurden die

Blutungen schon nach 2—3 Sitzungen für längere und kürzere Zeit und auch permanent gestillt, in den entsprechenden Fällen die begleitenden Schmerzen gelindert, behoben. Behandelt wurden ambulatorisch (die klinischen Fälle werden an anderer Stelle publicirt) 94 Fälle mit 900 Sitzungen, ohne dass auch nur einmal ein übles Ereigniss während der Sitzung, noch eine schädliche Folge im Verlaufe der Behandlung eingetreten wäre. Von den mitgetheilten 94 Fällen waren 44 Endometritiden, 17 Myome mit verschiedenen hochgradigen Blutungen, 4 Dysmenorrhoën, 11 Amenorrhoën, 6 Fälle Para- und Perimetritis etc. Die Elektrotherapie in der Gynäkologie bedeutet einen bedeutenden Fortschritt, einen unschätzbaren Gewinn, und es ist zu hoffen, dass die Technik und Methode von Seite der Autoren noch manche Vervollkommnung erlangen wird.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

222. ***Behandlung inoperabler Mastdarmkrebse.*** *Von Dr.* ***C. F. Steinthal,*** *Stuttgart. (Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereines. 1891. 10. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 10.)*

Bei inoperablen Carcinomen des Mastdarms stehen zur Beseitigung der Kothverhaltung, der Blutung und der Jauchung, sowie der im höchsten Grade quälenden Tenesmen verschiedenartige therapeutische Eingriffe offen. Diese bestehen einmal in der Ausschabung des Carcinoms, ferner in der Spaltung des verengerten Darmrohres und schliesslich in der Anlegung eines künstlichen Afters oberhalb der verengerten Darmstelle. Die Ausschabung des Carcinoms mit dem scharfen Löffel und nachfolgende Verschorfung der Wundfläche mit dem Thermocauter ist im Stande, alle die oben genannten Beschwerden auf kürzere oder längere Zeit zu heben, so dass sich die Patienten sichtlich erholten. Statt des Thermocauters kann auch die Chlorzinkpaste zweckmässig angewendet werden. Diese Therapie eignet sich jedoch nur für weiche, rasch wuchernde Carcinome. Die Ausschabung muss öfters, alle 8 bis 10 Wochen, vorgenommen werden und man muss sich dabei stets die Gefahr einer Blutung oder der Perforation des Peritoneums während der Operation vergegenwärtigen. Die Spaltung der ganzen hinteren Wand des Mastdarms bis an das Steissbein wird am zweckmässigsten bei den harten Formen des Krebses vorgenommen, bei denen auch die Stenosenerscheinungen am meisten in den Vordergrund zu treten pflegen. — Am erfolgreichsten zur Hebung aller Beschwerden erscheint die Anlegung eines Anus praeternaturalis, mit der man eventuell noch die Ausschabung verbinden kann. Bei der Ausführung wähle man eine Stelle möglichst nahe oberhalb der verengten Darmpartie, um dem Patienten möglichst viel Darm zum Zwecke der Resorption zu erhalten. Es wird sich dann wohl stets um die Annähung des Colon descendens handeln müssen.

223. ***Ueber Knochenveränderungen bei chronischen Lungen- und Herzkrankheiten.*** *Von Dr.* ***E. Bamberger.*** *Aus der medicinischen Klinik Prof. Nothnagel's in Wien. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XVIII. Heft 3 u. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 49.)*

Verf. hat bei einer Anzahl chronischer Lungenerkrankungen, besonders Bronchiectasien, sowie chronischer Herzkrankheiten, neben der hierbei so häufig auftretenden Verdickung der Endphalangen der Finger auch eine Veränderung der langen Röhrenknochen,

besonders der diastalen Theile der Unterschenkel- und Vorderarmknochen, bei gleichzeitiger Betheiligung der Hände und Füsse, beobachtet, die sich als eine Periostitis ossificans kennzeichnet und bei länger dauernden Fällen zur Verdickung und Verdichtung der Rinde führt. Es bestehen dabei spontane sowohl, wie Druckschmerzen, aber keine Veränderungen an den Weichtheilen, wodurch allein schon eine Unterscheidung von der Acromegalie gegeben ist. Verf. bringt das Auftreten dieser Knochenaffectionen in Zusammenhang mit den betreffenden Lungen- und Herzerkrankungen, indem er in Bezug auf die ersteren, namentlich die Bronchiectasien, die Annahme sehr naheliegend hinstellt, dass sich in dem putriden Secrete Stoffe bilden, welche in den Kreislauf aufgenommen, auf die knochenbildenden Gewebe als Reiz wirken, wofür er die Wirkung des Phosphors als Analogon ansieht. Experimentelle Versuche mit Einimpfung bronchiectatischer Secrete ergaben zwar negative Resultate, doch hält Verf. die gegebene Erklärung für das Auftreten der Trommelschlägelfinger für plausibler, als die Annahme einer Stauung, welche nur für die betreffenden Veränderungen der Finger bei Herzkrankheiten Geltung hat. Auch die Affection der grossen Röhrenknochen bei diesen könnte hierauf bezogen werden, da vermehrte Blutfülle fördernd auf das Knochenwachsthum einwirken kann; andererseits aber sind die meisten Herzkrankheiten von Stauungscatarrhen der Lunge begleitet, so dass auch hier die Aufnahme differenter Stoffe aus den Secreten und Einwirkung auf das Periost möglich wäre, obwohl Verf. hierfür keine einschlägige Beobachtung gemacht hat. Wahrscheinlich aber sind verschiedene Ursachen bei einem und demselben Individuum massgebend; nur bei angeborenen Herzfehlern bringt er die Trommelschlägelfinger allein mit der hochgradigen Cyanose in Verbindung.

224. ***Erfolgreiche Operation eines Nabelschnurbruches durch Laparotomie.*** *Von Prof.* ***Runge****, Göttingen. (Arch. f. Gyn. Bd. XLI, Heft 1 u. 2, pag. 121.)*

Runge machte bei einem 16stündigen, reifen, mit einer citronengrossen Nabelhernie behafteten Kinde die Radicaloperation. Die Oberfläche des Tumors war graugrün, an einzelnen Stellen geröthet. Die den Tumor bedeckende Membran fühlte sich auffallend dick und derb an. Durch sie tastete man Darmschlingen und einen festen Körper. Ursprünglich beabsichtigte *Runge*, das Amnion zu spalten, abzutrennen und die ungefurchte Bruchöffnung ohne Eröffnung der Bauchhöhle zu vernähen. Dies misslang, weil zwischen Amnion, *Wharton*'scher Sulze und Peritoneum eine ungewöhnlich feste, offenbar auf entzündlichem Wege geschaffene Verbindung da war, so dass sich das Amnion nur mühsam in kleinen Fetzen abheben liess. Ein nun vorgenommener Repositionsversuch misslang, da der erwähnte fühlbare Körper, ein Theil der Leber, nicht durch die enge Bruchpforte zu treten vermochte. Es wurde daher der Bruchsack eröffnet. Durch den Hautrand, $^1/_2$ Cm. vom Amnionansatze entfernt, wurde ein Kreisschnitt rings um die Geschwulst herumgeführt und so die Haut aufgefrischt, sowie der Bruchsack eröffnet. Dabei zeigte sich, dass das Peritoneum des Bruchsackes mit der Oberfläche des in demselben liegenden linken Leberlappens breit und fest verwachsen war. Bei der stumpfen Ablösung des

Peritoneums von der Leber wurde letztere an zwei Stellen angerissen, wodurch es erheblich blutete. Die Blutung wurde durch Annäherung des Thermocauters an die blutenden Stellen gestillt. Die Bruchpforte wurde durch Spaltung der Bauchdecken nach unten um etwa 2 Cm. verlängert. Nun liess sich der Bruchinhalt, Leberlappen und Därme, leicht reponiren, worauf der Bruchsack mittelst Silberdraht verschlossen wurde. Von den Nabelstranggefässen wurde nur die noch bluthaltende Vene mittelst Catgut unterbunden. Es wurde ein Verband mit Jodoformgaze und Heftpflaster angelegt. Während der Narcose fielen fast sämmtliche Därme mehrfach aus der Bruchpforte vor. Nach 20 Tagen war das Kind genesen. Dieser Fall ist um so interessanter und wichtiger, als er wieder zeigt, dass dieses operative Verfahren das einzig richtige bei grossen angeborenen Nabelhernien ist. Unterlässt man es, so ist das Kind in der Regel verloren. Bisher wurden erst wenige solcher Operationen vorgenommen.

Kleinwächter.

225. ***Eine neue Methode, den Stumpf des Uterus, nach vorgenommener Amputation desselben wegen Myomen zu versorgen.*** *Von* **H. T. Byford.** *(Amer. Journ. of obstetr. October-Heft 1891, pag. 1228.)*

Nachdem er den Gummischlauch angelegt und den Uterus amputirt hat, löst er von der Vorderwand des Stumpfes die Hinterwand der Blase möglichst mit ab bis auf den Boden des Beckens. Dann vernäht er den Stumpf und lässt die Fadenenden sehr lange. Er entfernt den elastischen Schlauch und stösst das vordere Scheidengewölbe durch. Hierauf verlängert er die Oeffnung in die Scheide senkrecht nach abwärts und lässt, nachdem er die Faden in die Scheide geleitet hat, an diesen den Stumpf in die Vagina herabziehen. Liegt der Stumpf nun herabgezogen in der Scheide, so wird das Beckenperitoneum ringsum an die in der Bauchhöhle liegende Basis des Stumpfes angenäht, so dass der Stumpf vom Peritoneum ausgeschaltet in der Vagina liegt. Früher fasste er den in der Vagina liegenden Stumpf in der Klemmzange und liess diese liegen, bis sie von selbst abfiel, jetzt scheint er dies zu unterlassen und sich mit den angelegten Suturen und einer Tamponade der Vagina zu begnügen. *Kleinwächter.*

226. ***Die passiven Geburtsfactoren.*** *Von* **Jos. Bäcker** *in Budapest. (Arch. f. Gyn. Bd. XL, 2, pag. 266.)*

Aus zahlreichen Messungen von Köpfen Neugeborener, die nach 8 Tagen wiederholt wurden, zieht *Bäcker* folgende Schlüsse. Bei regelmässigem Becken wird der Durchtritt des normal grossen Kopfes durch dasselbe nicht durch das knöcherne Becken, sondern durch die dieses verengenden Weichtheile behindert. Um dieses Hinderniss zu bewältigen, tritt eine Umformung des Kopfes — eine stärkere Zurückbeugung des Gehirnschädels — und eine Verkleinung desselben ein. Letztere beruht auf einer Entfernung des Blutes und der cerebrospinalen Flüssigkeit aus dem Kopfe. Die Grössenabnahme ist an der vorderen Schädelhälfte ausgeprägter, als an der hinteren, und zwar in Folge der grösseren Anzahl an Nähten und Fontanellen. Wird das Becken enger, so drückt jede einzelne Form des engen Beckens dem Kopfe seine charakteristischen

Merkmale auf. Dort, wo der gerade Durchmesser des Beckens verkürzt ist, erscheint der kleine Querdurchmesser verkürzt. Ist dagegen der transversale Beckendurchmesser verjüngt, so ist der Kopf in der Richtung des geraden Durchmessers umgeformt. Bei normalem Becken erfolgt die Umformung des Kopfes durch das Stirnbein und die Seitenknochen. Bei engem Becken verändert dagegen auch das Occiput seine Stellung. Bei in der Steisslage geborener Frucht besteht die Umformung ihres Kopfes in einer annähernd gleichen Grössenabnahme in der Richtung sämmtlicher Durchmesser. Bei weiblichen Früchten ist die hintere Schädelhälfte vollkommen ähnlich jener der Mutter. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

227. ***Nützliche Schlussfolgerungen aus einem Fall von narbiger Contraction des Larynx.*** *Von* **W. C. Jarvis.** *(New-York med. Journ. 1891. 7. Nov. — (Montsschr. f. Ohrenhk. 1892. 1.)*

Ein 60jähriger Mann, der in seinem zwanzigsten Lebensjahre luetisch inficirt worden war, litt an plötzlich auftretenden asthmatischen Anfällen. Seine Sprache war rauh, angestrengt, aber leicht verständlich. Die Epiglottis bot den Anblick von einem kleinen narbegewebigen Stumpf dar. Die Aryknorpel waren nur noch unkenntliche knorpelige Ueberreste ihrer früheren Gestalt und die Rima glottidis war kreisrund und nicht grösser, als der Querdurchmesser eines Streichholzes! Durch eine solche Oeffnung athmete Patient noch über 2 Jahre lang. — Die wiederholten schweren Erstickungsanfälle waren nach Ansicht des Verf. hervorgebracht 1. durch kleine Nahrungspartikelchen, welche in den durch keine Epiglottis geschützten Larynx leicht hinein gelangen konnten, 2. durch einen Spasmus laryngis, der in Folge der besonderen Trockenheit der Larynxschleimhaut entstand, 3. durch herabfliessenden Schleim und 4. durch wiederholte subacute Entzündung der Larynxschleimhaut selber. Um Trockenheit zu verhüten, bekam Patient einen Apparat mit comprimirter Luft, mit Hilfe dessen er sich selbst die verschiedensten fettigen Substanzen in den Larynx brachte. Am besten wirkten Inhalationen von geschmolzenem Vaselin. Ausserdem bekam er natürlich Jodkalium. Auf diese Weise erhielt Verf. den Patienten über 2 Jahre lang in leidlich gutem Zustande, worauf die Symptome sich steigerten und Tracheotomie angerathen wurde. — Verf. hielt die Intubation wegen zu grosser Enge der Glottis für contraindicirt. — Patient liess sich jedoch nicht tracheotomiren und starb bald darauf an einer acuten Gastroenteritis.

228. ***Behandlung diphtherischer Conjunctivitis mittelst continuirlicher antiseptischer Irrigation.*** *Von* **E. L. Oatman.** *(Med. Record. 1891. 10. Oct. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 11.)*

In einem Kinderasyl war im Jahre 1885 gleichzeitig eine Epidemie von eiteriger Conjunctivitis und von bösartiger Diphtheritis ausgebrochen. Der Verf. berichtet über den Fall eines 10jährigen Mädchens, welches in der Reconvalescenz von letzterer Krankheit eine Augenentzündung acquirirte, die innerhalb 24 Stunden

einen ausgesprochen diphtherischen Charakter annahm. Die Conjunctiva palpebralis und bulbi war beiderseits mit typischen diphtherischen Membranen infiltrirt und bedeckt, und es hatte sich auch bereits centrale Necrose der Cornea zu entwickeln begonnen. Da der Fall anscheinend hoffnungslos war, so entschloss sich der Verf. zu operativem Eingreifen und führte nach sorgfältiger Reinigung der Augen mit einer gesättigten Borsäurelösung auf beiden Augen die Canthotomie und die Paracentese aus, worauf 4 Tage lang mittelst einer Douchenspritze die Augen sanft, aber continuirlich bespült wurden. Als Irrigationsflüssigkeit diente zunächst eiskalte Borsäurelösung; durch den Lidschnitt war das Umklappen der Lider leicht gemacht. Die gesetzte Wunde wurde vom diphtherischen Process nicht ergriffen und die Pseudomembranen zeigten nach 24stündiger Behandlung Anzeichen der Loslösung; da jedoch die Cornealtrübungen sich etwas vergrössert hatten, so wurde statt der eiskalten eine 100° F. (38° C.) warme Lösung genommen, worauf stetige Besserung folgte: Die Infiltrationen der Cornea lösten sich als oberflächliche Schorfe ab und hinterliessen die Hornhaut klar, wenn auch astigmatisch; auch die Conjunctivalaffection schwand gänzlich. Auch eine Sublimatlösung von 1 : 20.000 kann nach dem Verf. 1—2mal täglich eine halbe Stunde lang angewandt werden; ihre continuirliche Anwendung dagegen würde die Conjunctiva reizen und Hauterytheme hervorbringen. Verf. benützt die Irrigationsmethode in seiner Hospitalthätigkeit in ausgedehnter Weise bei membranöser, gonorrhoischer und eiteriger Conjunctivitis und hat zur Abführung der Flüssigkeit besondere Drains ersonnen.

229. ***Beiträge zur Heilung der metastatischen Pyämie bei Mittelohrerkrankungen.*** *Von Dr.* ***Hecke****, Breslau. Vortrag bei der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891. (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 7.)*

Im Anschluss an verschiedene günstig verlaufene Fälle metastatischer Pyämie bei Otitiden aus der Hallenser Ohrenklinik (Jahresbericht 1887/88) berichtet *Hecke* über zwei selbst operirte Fälle. Der eine, ein 17jähriger Schüler, war längere Zeit an einer Mittelohrentzündung behandelt worden, wiederholte Paracentesen des Trommelfelles waren nöthig, eine polypöse Wucherung der Paukenschleimhaut wurde mit der Schlinge entfernt, der Rest galvanocaustisch behandelt. Eines Tages stellten sich ein: sehr lange anhaltende Schüttelfröste, Processus mastoideus sehr druckempfindlich, andauerndes hohes Fieber, sehr reichliche Eiterung aus dem Ohr. Aufmeisselung des Processus mastoideus, der überall eiterig durchtränkt war; am 4. Tage nach der Operation Pleuritis sinistra. Am 5. Tage nach plötzlicher Temperatursteigerung bis 42° C. entzündliche Anschwellung des linken Sternoclavicular-Gelenkes; Eröffnung des vereiterten Gelenkes, in den nächsten Tagen noch eine Pleuritis dextra serosa, sowie eine Entzündung des rechten Schultergelenkes. Der Fall endete mit vollständiger Heilung. Der zweite Kranke, 18 Jahre alt, litt an einem chronischen Nasenrachencatarrh und hochgradigem Catarrh der Tuba und Paukenhöhle, spontane sehr reichliche Eiterung; die Perforationsöffnung des Trommelfelles wurde erweitert, trotzdem mehrmalige

Schüttelfröste, worauf Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. Nachdem das Fieber nachgelassen hatte, traten in den nächsten Tagen wiederholt Schüttelfröste auf. Anschwellung des rechten Ellenbogengelenkes, Eröffnung desselben; der Inhalt war serös und getrübt und zeigte reichliche Mengen von Streptococcus pyogenes. Nach mehreren kurz andauernden Schüttelfrösten trat auch hier vollständige Heilung ein.

230. ***Keratitis marginalis.*** *Von Dr. Carl Hoor, Docent in Budapest. (Gyógyászat. 1891. 45. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 102.)*

Blos *Arlt* und *Fuchs* erwähnen in ihren Lehrbüchern diese Erkrankung. Während *Arlt* das Uebel für ein von der Sclera auf die Cornea übergreifendes hält, behauptet *Fuchs,* die Keratitis marginalis wäre eine ganz selbstständige Cornealerkrankung, und hätte er nie Symptome einer Scleritis beobachtet. Auch in der Beschreibung der subjectiven Erscheinungen weichen sie von einander ab; während *Fuchs* der Ansicht ist, die Erkrankung beginne mit geringen Reizungserscheinungen, hebt *Arlt* hervor, sie setze mit intensiver Ciliarinjection und Schmerzen ein. Auch bezüglich der Zugehörigkeit der die Macula bedeckenden Gefässe sind diese Autoren verschiedener Ansicht. *Fuchs* glaubt, der Limbus neige sich mit seinen Blutgefässen auf die Macula, *Arlt* hinwiedler ist der Ueberzeugung, dass neugebildete Blutgefässe die Macuea bedecken. Nur darin stimmen Beide überein, dass an Stell der Infiltration ein grauer, dem Gerontoxon ähnlicher Streifen zurückbleibt. *Hoor* beobachtete diese typische Erkrankung zweimal. Einmal bei einem älteren Collegen, ein zweites Mal bei einem auf seiner Abtheilung liegenden Wachtmeister. Der letztere Fall verlief vom Beginne ab unter seinen Augen und sei derselbe hier kurz mitgetheilt: 44jähriger Mann, leidet an chronischer Conjunctivitis. Am 1. März Touchirung mit 2procentiger Lapislösung. Am folgenden Tage Steigerung der Injection, Zunahme des Secretes. 4. März. Hochgradige Ciliarinjection, Atropin. 5. März. Ad maximum erweiterte Pupille. Knapp am Cornearande, und zwar nach unten und innen, zeigt sich ein nahezu 2 Mm. breites, gräulichgelbes Infiltrat, das, weiterschreitend, stricte der Peripherie der Cornea entsprechend, am nächsten Tage zu einem nahezu die Hälfte der Corneaperipherie einnehmenden Gürtel ward. 8. März. Die Infiltration schreitet rasch vorwärts und nimmt am folgenden Tage nahezu die ganze Peripherie der Cornea ein. 10. März. Am 6. Tage der Erkrankung umfasst die Infiltration ganz die Peripherie, so dass entlang derselben ein nahezu 2 Mm. breiter, gräulichgelber Gürtel sichtbar wird, ähnlich dem Gerontoxon. Schmerzen, Lichtscheu, Ciliarinjection haben sich nicht verringert und doch bleibt die Pupille auf einmalige Atropinisirung ad maximum erweitert. 12. März. Blutgefässe bedecken dicht das Infiltrat und die subjectiven Erscheinungen lassen nach. 16. bis 26. März. Die subjectiven Erscheinungen lassen nach, die vascularisirte marginale Macula wird immer blässer, insoferne die Vascularisation schwindet. Unterdessen nimmt das kreisförmige Infiltrat ein porcellanartiges Aussehen an; die punktförmigen cornealen Infiltrate hingegen resorbiren sich vollständig, ohne dass sie sich verschwärzt hätten. Da die Secretion fortdauert, setzt man die Lapispinselungen

fort. Endlich, vier Wochen nach Beginn der Erkrankung, schwinden nahezu vollkommen die Reizerscheinungen, so dass Pat. am 28. März mit folgendem Status entlassen wurde: Conjunct. cat. chron. Mittelgrosse Pupille. An der Cornea, in unmittelbarer Nachbarschaft des Limbus, ein nahezu 2 Mm. breiter und die ganze Peripherie der Cornea einnehmender porcellanfärbiger Vemiscus. Sonst ist die Cornea intact. Tension des Bulbus normal; während der Dauer der Krankheit war sie etwas weicher. *Hoor* hält demnach die Keratitis marginalis, gleich *Fuchs*, für eine selbstständige Erkrankung. Das kreisförmige marginale Infiltrat bildet sich nie zurück und hellt sich nicht auf nach Art anderer Infiltrate, sondern persistirt stets in einer der Sclera ähnlichen Farbe, gerade so, wie bei solchen Keratiten, die in Gemeinschaft mit Scleritis auftreten. Das Uebel tritt gewöhnlich bei älteren Individuen auf und zumeist an einem Auge. Sein Ursprung ist unbekannt, wiewohl seine mycotische Natur — im Hinblick auf die Fortpflanzungsweise — nicht unmöglich ist.

Dermatologie und Syphilis.

231. ***Ueber einige neuere dermatotherapeutische Heilmittel.*** *Von Dr.* **Rosenthal**. *Sitzung d. Dermatolog. Vereines zu Berlin, 5. Januar. (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 6.)*

Rosenthal hält sein günstiges Urtheil über das Dermatol im Allgemeinen aufrecht. Bei dem Ulcus cruris wirkte es in einigen Fällen gut austrocknend und die Ueberhäutung begünstigend. In anderen Fällen reizt es und verursacht heftige Schmerzen, während Jodoform vertragen wird. Das Jodoform ist auch dem Ulcus molle gegenüber therapeutisch wirksamer. Dermatol ruft nur sehr langsam gute Granulationen hervor. Dagegen ist es von entschieden günstigem Einfluss auf die Heilung ulcerirter Sclerosen. Drei Fälle von multiplen Ulcera mollia und consecutiver Phimose wurden mit Dermatol ausschliesslich behandelt. Bei allen drei Kranken wurde die Circumcision vorgenommen. Trotz Dermatolbehandlung wurden in zwei Fällen die Wundränder inficirt, im dritten, der sich später als ein Fall von Ulcus mixtum herausstellte, trat prompte Heilung ein. Es scheint demnach, als wenn das Dermatol auch einen gewissen differentialdiagnostischen Werth hat. Bei der Therapie der Bubonen verwendet *Rosenthal* zum ersten Verband Jodoformgaze, zu den folgenden Verbänden Dermatolpulver und Dermatolgaze. Das Europhen (Isobutylorthocresoljodid) ist von *Eichhoff* zur Behandlung der Ulcera mollia empfohlen worden. Da das Jod langsam abgespalten werden soll, hat man das Europhen, welches absolut ungiftig sein soll, intern verwendet. *Rosenthal* hat das Europhen bei Ulcus molle versucht. Es wirkt langsamer als das Jodoform, hat jedoch den Vorzug der Geruchlosigkeit. Dem Ulcus cruris gegenüber ist es machtlos. Bei Lupus exulcerans, specifischen Pharynxulcerationen u. s. w. leistet es ungefähr dasselbe, wie das Aristol, d. h. scheint es die Heilung etwas zu begünstigen. Wie das Aristol wirkt auch ungefähr das Gallacetophenon, welches als völlig ungiftig zum Ersatz der Pyrogallus-

säure empfohlen wurde. Das neue Mittel ist entschieden nicht ganz wirkungslos. In ganz leichten Fällen von Psoriasis führt es, wenn auch langsamer als die altbewährten Mittel, zur Heilung.

232. ***Weitere Mittheilungen über die mechanische Behandlung des Erysipels.*** *Von Prof. Dr.* **Wölfler**. *(Mittheil. d. Ver. der Aerzte in Steiermark. 1890.)*

In der Zeit vom Januar 1889 bis Mai 1891 hat Verf. wiederum 16 Erysipele behandelt, welche sämmtlich durch die Anwendung des Heftpflasterstreifens in ihrer Ausbreitung gehemmt wurden. Unter diesen 16 Erysipelen waren 13 des Gesichtes und des Kopfes. Man kann nicht leugnen, dass die Anlegung des Streifens einen unverkennbaren Einfluss auf die Ausbreitung des Erysipels hatte. Bei den Gesichtserysipelen ist man nach *Wölfler* im Stande, vom Tage der mechanischen Begrenzung angefangen, einen typischen Verlauf vorherzusagen. Das Fieber dauerte demnach durchschnittlich noch 4—6 Tage, sodann war der Krankheitsprocess erloschen. Unter den 13 Gesichtserysipelen fand dreimal eine Ausnahme statt, da bei 2 Kranken der Temperaturabfall schon nach dem 2. und 3. Tage eintrat und bei einem Kranken erst am 10. Tage, weil die Lockerung des Halsstreifens übersehen wurde. Es geht aus den mitgetheilten Beobachtungen mit Sicherheit hervor, dass die mechanische Behandlung bei Gesichtsrosen eine viel günstigere Prognose gibt, als bei den Erysipelen der unteren Extremitäten. Bei den letzteren gelingt es nämlich nicht, mit solcher Bestimmtheit die Ausbreitung des Erysipels wie mit einem Schlage zu verhindern. Häufig überschreitet es an der Extremität mehrere Heftpflasterbarrièren, bis es endlich im Kampfe mit dem stärkeren Feinde unterliegt. Da man Aehnliches auch bei der operativen Behandlung des Erysipels, den *Kraske-Riedel*'schen Scarificationen, wahrgenommen hat, so kann der Grund nicht darin gesucht werden, dass etwa durch die Bewegungen der Extremität die Heftpflasterstreifen aus ihrer Lage gebracht werden. Viel näherliegend ist *Wölfler* die Annahme, dass es an den Extremitäten den Streptococcen leichter gelingt, unter dem einschneidenden Streifen hinweg auf dem Wege tiefer liegender, durch die Muskeln gehender Bahnen vorzudringen, um jenseits des Streifens wieder an der Haut zum Vorschein zu kommen. Eine solche Ausserachtlassung der gesetzten künstlichen Grenzen ist im Gesichte nicht so leicht möglich, weil die Haut fast allenthalben gegen den Knochen angedrückt werden kann, und auch am Halse wird die mechanische Behandlung dadurch unterstützt, dass die Insertionen der Fascien und Muskeln am Zungenbein und Kehlkopf natürliche Hemmungen für die Ausbreitung abgeben. Ueber den Zeitpunkt für die Entfernung des Heftpflasterstreifens hat die Erfahrung Folgendes ergeben: Sehr leicht findet man sich mitunter veranlasst, denselben zu früh zu entfernen. Es rächt sich dies oft sehr schwer, indem das Erysipel wieder aufflackert. Für gewöhnlich nimmt man an, dass diese Streifen dann ohne Schaden beseitigt werden können, wenn die Röthung vollkommen geschwunden ist und die Kranken schon 2—3 Tage fieberfrei waren. Man thut besser daran, mindestens 4—5 Tage nach dem Erlöschen des Fiebers und dem Verschwinden der Röthung mit dem Abnehmen der Streifen zu warten.

233. ***Ueber Gonorrhoea rectalis.*** *Von* **Franz Frisch.** *Aus der Klinik für Syphilis etc. zu Würzburg. (Verhandl. d. phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg. N. F. Bd. XXV. Nr. 6. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1891. 52.)*

Der von *Frisch* ausführlich mitgetheilte Fall betraf ein 17jähriges Mädchen, welches gleichzeitig an einem Harnröhrentripper litt und das in der letzten Zeit mehrfach den Coitus per rectum gestattet hatte. Es bestanden heftige brennende Schmerzen im Mastdarm, die sich beim Stuhlgang unerträglich steigerten, und ein Eczem um die Analöffnung; das aus dem After fliessende Secret enthielt reichlich theils in Eiterzellen eingeschlossene, theils freie Gonococcen. Bei der Untersuchung mit dem Speculum zeigte sich die Mastdarmschleimhaut stark geröthet, gewulstet und mit Eiter bedeckt; etwa 4 Cm. oberhalb der Analöffnung fand sich ein ziemlich oberflächlicher, unregelmässiger Substanzverlust, welcher sich in der Folge bis auf circa 6 Cm. im Durchmesser vergrösserte. Eine 6 Monate fortgesetzte Behandlung mit Sitzbädern, Ausspülungen, Einlegen von Watte, vermochte nicht die Rectalgonorrhoe zu beseitigen; dieselbe war auch noch nicht geheilt, als die Patientin 7 Monate später einer acuten Phthisis pulmonum erlag. — Die histologische Untersuchung der theils intra vitam, theils post mortem excidirten Schleimhautstückchen zeigte an den kranken Partien Fetzen des Cylinderepithels, theilweisen Verlust der *Lieberkühn*'schen Drüsen, von den Rändern der geschwürigen Stellen aus atypische Drüsenwucherung mit Bindegewebsneubildung. Eine sehr starke Infiltration mit vorwiegend kleinen, einkernigen Rundzellen erstreckte sich bis in die Tunica muscularis des Rectums; dagegen ging die Einwanderung der theils in polynucleären Rundzellen eingeschlossenen, theils freien Gonococcen nicht über die oberen Schichten der Mucosa bis zu deren Muscularis herab hinaus. Auch war ihr Vorkommen auf die Cylinderepithel tragenden Schleimhautpartien beschränkt, während die Rundzelleninfiltration bis in die Gegend des Sphincter externus herabreichte. — *Frisch* spricht die Vermuthung aus, dass die vorzugsweise bei Weibern vorkommenden Mastdarmgeschwüre dunkler Herkunft, welche meist der Syphilis zugeschrieben werden, öfter von einer Rectalgonorrhoe herrühren dürften.

234. ***Epithelioma folliculare cutis.*** *Von Dr.* **Oskar Israel.** *Aus der Festschrift R. Virchow's zu seinem 70. Geburtstage. Berlin 1891. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 5.)*

Unter diesem Namen beschreibt der Verf. drei ziemlich grosse Geschwülste, die leicht zu Verwechslung mit Carcinomen führen könnten, wenn nicht ihr langsames Wachsthum, das Fehlen jeder Ulceration, z. Th. auch das Alter (der erste Fall betrifft ein Kind von zwei Jahren), von vorneherein dagegen spräche. Die Geschwülste haben das Gemeinsame, dass sie in ihrem histologischen Bau eine grosse Aehnlichkeit mit dem sogenannten Molluscum contagiosum erkennen lassen, dass sie nur an Stellen gefunden werden, an denen sich normaler Weise Haare befinden und dass ihr Ursprung mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Haarfollikel zurückzuführen ist. Der Unterschied besteht hauptsächlich in dem Sitz weiter oben oder tiefer in der Haut. Auch für das Molluscum

contagiosum weist der Verf. den Ursprung aus den Haarfollikeln nach und wendet sich gleichzeitig gegen *Neisser*, indem er mit *Török* und *Tommasoli* ganz entschieden für die nicht parasitäre Natur der „Molluscumkörperchen“ eintritt.

235. ***Behandlung der Cystitis mit Sublimat.*** *Von Dr.* **Guyon**. *(Annal. des malad. de org. gen.-ur. X. 1. — München. med. Wochenschr. 1892. 5.)*

Nach *Guyon* ist das Sublimat ein vortreffliches Mittel zur Behandlung schwerer Cystitisfälle. Ganz besonders bewährt hat es sich bei der Blasentuberculose. Es ist das um so mehr bemerkenswerth, als *Guyon* bei derselben schon alle möglichen anderen Mittel ohne Erfolg versucht und deshalb von einer Localbehandlung in solchen Fällen schon ganz Abstand genommen hatte. Von 10 mit Sublimat behandelten tuberculösen Cystitiden wurden 5 ganz erheblich gebessert und von diesen zwei so sehr, dass man die Erkrankung fast für geheilt halten konnte. Auch bei anderen Cystitisformen hat sich die Sublimatbehandlung als ausserordentlich wirksam erwiesen, selbst bei schon lange Jahre bestehender Erkrankung. Was die Art der Behandlung anbetrifft, so kann man das Sublimat entweder in Form von Ausspülungen oder in Form von Instillationen anwenden. *Guyon* muss sich nach seinen Erfahrungen mehr zu Gunsten der Sublimatinstillationen aussprechen. Die Concentration der Sublimatlösung schwankt zwischen 1 : 5000 und 1 : 1000. Im Anfang instillire man mit einer kleinen Spritze immer nur 20—30 Tropfen, und zwar in die Pars posterior urethrae — bei jeder Cystitis ist eine Urethritis posterior vorhanden — und steige allmälig bis auf 4 Grm. Je stärker der Schmerz ist, desto geringer muss die Menge der instillirten Flüssigkeit sein. Selbstverständlich muss die Blase vor einer jeden Instillation entleert werden. Bei der blennorrhagischen Cystitis hat *Guyon* auch sehr gute Erfolge von den Argentum nitricum-Instillationen gesehen (1—5 : 100).

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

236. ***Ueber das Vorkommen von Bacterien in den Nieren bei acuten Infectionskrankheiten.*** *Von Prof. Dr.* **E. Faulhaber**. *Aus dem pathol. Institut in Wien (Weichselbaum). (Beitr. zur path. Anat. u. allg. Path. X. 2 u. 3. — Schmidt's Jahrb. 1891. 9.)*

Wie oft bei acuten Infectionskrankheiten nephritische Symptome sich einstellen, ist bekannt. Unentschieden aber ist, ob die pathologisch-anatomisch zu Grunde liegenden Veränderungen durch die specifischen Infectionserreger oder durch eine Doppelinvasion, oder durch Stoffwechselproducte von Bacterien oder etwas Anderes bedingt werden. Durch *Weichselbaum* angeregt, stellte Verf. darüber höchst werthvolle eingehende Untersuchungen an. Er bewies zuerst, dass bei den acuten Infectionskrankheiten die den allgemeinen Process oder eine Complication desselben bedingenden Bacterien auch in den Nieren vorkommen, da er in allen 53 von ihm ge-

prüften Fällen die betreffenden Bacterien mikroskopisch und in 38 Fällen auch durch die Cultur auffinden konnte. Negativ war das Culturverfahren nur in 13 Fällen, in denen es sich um den Diplococcus pneumoniae handelte, in einem Falle, in dem der Bacillus pneumoniae sich fand, und in einem Falle, in dem geringe Mengen von Streptococcen vorhanden waren. Zumeist war also der negative Ausfall des Culturverfahrens dem Diplococcus pneumoniae zuzuschreiben. Bei der Kurzlebigkeit des Coccus und seiner schweren Cultivirbarkeit nimmt dies nicht Wunder. 23mal wurden die Bacterien in sehr grosser Menge, 14mal in mittlerer, 16mal in geringerer Anzahl gefunden, und zwar waren es: der Diplococcus pneumoniae, der Bacillus pneumoniae *(Friedländer)*, der Bacillus typhi und der Streptococcus. Was die Vertheilung der Bacterien betraf, so fanden sie sich besonders in den Capillaren, in Knäuelschlingen (mit Ausnahme der Typhusbacillen) und in sonstigen Gefässen; innerhalb der Rundzellenherde (Bacillus typhi exceptis) zerstreut und einzeln liegend, dichter in den von den Rundzellen umgebenen Knäueln und Gefässen. In einzelnen Fällen liess sich ein förmliches Hineinwuchern der Bacterien (Bacillus pneumoniae) aus den Gefässen in die Rundzellenwälle beobachten. Auch im Kapselraume und in den Harncanälchen fanden sich die Bacterien sehr häufig. Die Veränderungen in den Nieren waren kurz zusammengefasst folgende: Leichtere oder stärkere Desquamation des Glomerulusepithels, Ansammlung von dichten feinkörnigen Massen, rothen und weissen Blutkörperchen und necrotischen Zellen im Kapselraume; in 3 Fällen hyaline Degeneration der Knäuelschlingen; die Epithelien der gewundenen Canälchen stark angeschwollen und getrübt, in vielen Fällen mehr oder weniger fettig entartet oder sogar necrotisch. In den schweren Fällen auch die Epithelien der *Henle*'schen Schleifen und der geraden Canälchen in der angegebenen Weise mehr oder weniger verändert. Im Lumen der gewundenen Canälchen waren bald nur feinkörnige Massen und abgestossene Epithelien, bald rothe Blutkörperchen und Leucocyten wahrzunehmen, während im Lumen der Schleifen und geraden Canälchen nach der Intensität des Falles bald nur hyaline, bald schon Epithel-, granulirte, Blut- oder Fetttröpfchencylinder häufig enthalten waren. Die Frage, ob sämmtliche oder nur ein Theil der anatomischen Veränderungen auf die nachgewiesenen Bacterien bezogen werden können, ist nach Verf. eine sehr schwierige. Desquamation, trübe Schwellung, fettige Degeneration und Necrose der Epithelien, hyaline Entartung der Gefässwände, Cylinderbildung in den Harncanälchen u. s. w. treten auch bei Intoxicationen ein. Es ist deshalb nicht angezeigt, diese Erscheinungen auf Rechnung der vorhandenen Bacterien zu setzen, zumal nicht immer eine Congruenz zwischen der Intensität der Veränderungen und der Menge der Bacterien bestand. Dagegen bringt Verf. die entzündlichen Erscheinungen: Anhäufung von Leucocyten in den Gefässen, Austritt von rothen und weissen Blutkörperchen oder flüssigen Exsudates in den Kapselraum der Glomeruli und in den Harncanälchen, endlich die Bildung von interstitiellen Rundzellenherden, in directe Abhängigkeit von den Bacterien. *Ribbert* huldigt einer ähnlichen Anschauung. 46mal fand übrigens Verf. die Bacterien in den Harn-

canälchen. Dass der Nachweis im Harn nicht immer gelingt, erklärt er mit der Verwendung zu kleiner Quantitäten von Harn oder durch dessen bacterientödtende Eigenschaften.

237. ***Der Uebergang des Alkohols in die Milch.*** *Von Dr.* ***F. Klingemann.*** *(Virchow's Arch. Bd. CXXVI, Heft 1.)*

Der Uebergang des innerlich genommenen Alkoholes in die Brustdrüsen wird theils in Abrede gestellt, theils aber behauptet, letzteres entweder mit Rücksicht auf klinische Erfahrungen oder gestützt auf experimentellem Nachweise, bei welchen aber die zur Anwendung gekommenen Methoden nicht einwurfsfrei sind. Dr. *Klingemann* nahm diesbezügliche Untersuchungen neuerdings auf. Die von *Klingemann* zum Nachweis des Alkohols gebrauchten Methoden waren: Die Jodoformreaction, Bestimmung des specifischen Gewichtes, Chromsäurereaction und Bestimmung der Tension des Dampfes der Lösung. Die Vorversuche ergaben, dass man im Stande war, von 0·3—1 Procent Alkohol in der Milch 70—80 Procent wieder zu erhalten, von 0·1 Procent noch immer die Hälfte. Nunmehr wurden einer Ziege 25 Ccm. Alkohol mit 25 Ccm. Wasser verdünnt gegeben, 8 Stunden später wurde die Ziege gemolken und 100 Ccm. der Milch auf Alkohol mit negativem Erfolge untersucht. Erst nach Verabreichung von 100 Ccm. Alkohol in 150 Ccm. Wasser konnten 16 Stunden später aus 10 Ccm. Destillat (aus 650 Ccm. Milch) 2·8 Procent Alkohol nachgewiesen werden, in der nach weiteren 7 Stunden gemolkenen Milch aber kein Alkohol mehr. Aehnlich waren die Ergebnisse bei Verabreichung noch grösserer Alkoholmengen. Versuche, die an Frauen mit Schaumwein angestellt wurden, am 3. und 4. Tage nach der Entbindung und mit starkem Portwein und in der Weise, dass die Milch in den auf die Verabreichung folgenden 20—24 Stunden 4—6mal auf Alkohol untersucht wurde, ergaben insgesammt negative Resultate. Die positiven Ergebnisse bei der Ziege kamen immer nur vor, wenn schon toxisch wirkende Dosen gegeben worden waren, dabei betrug die gefundene Alkoholmenge höchstens $^1/_2$ Procent der aufgenommenen Menge. Beim Menschen dürften geringe, für den Säugling unschädliche Mengen bei Aufnahme grosser Quantitäten in die Milch übergehen, aber es ist wahrscheinlich *(Rumpf)*, dass das Verhältniss des Eiweiss zum Fett eine Veränderung erleidet, die wohl den Nährwerth der Milch herabdrücken mag.

238. ***Zur Kenntniss der Fettwachsbildung.*** *Von Prof.* ***E. Salkowski.*** *Aus der Festschrift: R. Virchow zu seinem 70. Geburtstage. Berlin 1891. (Berlin klin. Wochenschr. 1892. 5.)*

Verf. wurde zu seinen Untersuchungen über diese noch immer nicht ganz abgeschlossene Frage durch eine zufällig gemachte Beobachtung veranlasst. Eine Quantität von lange Zeit — etwa 3 Jahre — aufbewahrt gebliebener Butter zeigt sich in eine feste, auf dem Durchschnitt krystallinische Masse umgewandelt. Die nähere Untersuchung ergab, dass diese nur zu etwa $^1/_5$ aus Neutralfett, zu $^4/_5$ dagegen aus freien Fettsäuren bestand; das aus dem Fett durch die Spaltung entstandene Glycerin war verschwunden und ebenso die Oelsäure, welche fast $^1/_3$ der Fettsäure des Butterfettes ausmacht. Auch flüchtige Fettsäure (Buttersäure) war nicht mehr nachweisbar. Das Butterfett war somit in eine Art Adipocire

übergegangen, als dessen Charakteristica anzusehen sind, dass es nicht aus Fett, sondern aus Fettsäuren besteht, dass diese Fettsäuren fast ausschliesslich feste sind, die Oelsäure darin fehlt, welche sonst mehr als 90 Procent der Fettsäuren des menschlichen Fettes bildet und dass es kein Glycerin enthält. Die Richtigkeit dieser Anschauung wurde durch die Untersuchung von Adipocireproben bestätigt. — Da die Buttermasse mit Schimmelpilzen bedeckt war, so untersuchte Verf., ob etwa Schimmelpilze verschiedener Art im Stande sind, Fette zu spalten. Er gelangte zu dem Resultate, dass sie dieses zwar vermögen, aber nur in beschränktem Grade. Da ausserdem aber die Schimmelpilze nur an der Oberfläche der Masse hafteten und nirgends in die Tiefe drangen, so hielt Verf. es für wahrscheinlich, dass die Schimmelpilze an dieser Umwandlung nicht betheiligt sind. Auch Bacterienwirkung ist auszuschliessen, da das Innere der Buttermasse steril gefunden wurde. Verf. citirt weiterhin aus der Literatur eine Anzahl unbeachtet gebliebener Beobachtungen einer analogen Umwandlung von Fetten unter Verhältnissen, in denen von der Wirkung von Mikroorganismen nicht die Rede sein kann. Verf. hat auch selbst an 2 Oelsäureproben die allmälige Umwandlung in feste Fettsäuren beobachtet. Nach alledem gelangt Verf. zu dem allgemeinen Satze, dass die Fette labile Körper sind, die sich allmälig spontan spalten unter Oxydation des Glycerins und Umwandlung der Oelsäure in feste Fettsäuren. — Was die Frage der Leichenwachsbildung beim Menschen betrifft, so schliesst sich Verf. der Anschauung von *Virchow* an, dass im Allgemeinen das Fettwachs aus dem Eiweiss der Gewebe hervorgeht, er meint aber, dass auch das präformirte Fett in Fettwachs übergehen könne, was *Wetherill* fälschlich für den regelmässigen Vorgang angesehen hat. Bestimmte Beweise für die Möglichkeit dieses letzten Vorganges lagen bisher nicht vor, sie sind durch die Beobachtungen des Verf. an dem Butterfett geliefert.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

239. ***Die Quecksilbervergiftung bei der Filzhutfabrication.*** *Von Dr. Engelhorn, Oberamtsarzt in Göppingen. (Württemb. med. Correspondenzbl. 1890. 6. Nov. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 6.)*

Die zahlreichen Erkrankungen der Filzerinnen der Göppinger Hutfabrik an Hg-Intoxication veranlassten die Einführung folgender Vorsichtsmassregeln: 1. In den Arbeitsräumen müssen Gefässe mit Wasser zum Verdunsten aufgestellt werden. 2. Das Local sollte möglichst nicht über 12° Réaumur haben und stets gut gelüftet werden. 3. Die Arbeiterinnen müssen eigene Arbeitskleider aus glattem Stoff tragen und diese dürfen nur im Arbeitsraum gewechselt werden. 4. Der Genuss von Speisen und Getränken im Arbeitsraum soll vermieden werden und die Hände sind vor jeder Mahlzeit zu waschen. 5. Die Haare sollen mit sehr engen Kämmen gekämmt werden. 6. Zum Oeftern den Mund ausspülen mit einer Lösung von 500 Grm. Wasser und 1 Grm. chlorsaurem Kali. 7. Alle acht Tage ein Schwefelbad nehmen und alle vierzehn Tage den Haarboden gut mit Eiweiss waschen. 8. Das Tragen von

Kopftüchern ist sehr zu empfehlen. Bei der nach einem halben Jahre vorgenommenen Visitation zeigten sich von 20 Filzerinnen 12 erkrankt; davon waren aber 7 seit Einführung der neuen Massregeln im Zustande der Genesung; eine früher Erkrankte hat keinen Rückfall erlitten und bei 2 Neuerkrankten ist die Krankheit sehr leicht aufgetreten. Nur zwei schwere Fälle spotten jeder Therapie. — Die Thatsache, dass nur die Filzerinnen erkranken, „beweist mit der Sicherheit eines Experimentes, dass die Einathmung der Quecksilberdämpfe der hauptsächlichste Weg ist, auf dem das Gift in den Körper gelangt". Die wirksamsten Schutzmassregeln sind daher die Ventilation und die kühle Temperatur des Arbeitsraumes. Andere Wege der Hg-Aufnahme sind möglich, fallen aber weniger in Betracht. Das „Schwefelbad" möchte *Engelhorn* aus der Vorschrift entfernt sehen. da der Schwefelzusatz die Abneigung der Arbeiterinnen gegen das Baden vermehrt.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

240. *Die Berufskrankheiten des Eisenbahnpersonales.*

Von Dr. *E. Lewy.*

(Original-Mittheilung.)

In Bezug auf die Beschäftigung und deren Einfluss auf die Gesundheit hat man bei den Bediensteten der Eisenbahnen drei wesentlich verschiedene Gruppen zu unterscheiden. Erstens jene, welche sich beinahe ausschliesslich mit dem Bureaudienste befasst, zweitens jene, welche sich vorwiegend mit dem Verkehrsdienste beschäftigt und drittens das Eisenbahnbaupersonale.

Bei der ersten Gruppe wird während der Bureaustunden der Körper zumeist in sitzender Position erhalten, die an und für sich wohl eine naturgemässe ist und, kurze Zeit eingenommen, keine nachtheiligen Folgen mit sich führt, auf die Dauer aber durch Störung der Statik der körperlichen Functionen Krankheitsanlagen producirt, Krankheitsformen entwickelt.

Beim Sitzen werden nämlich die Wirbelsäule gegen die Oberschenkel geneigt und die Bauchmuskeln zusammengezogen, hierdurch die Unterleibsorgane einem übermässigen Drucke ausgesetzt und auch die regelmässige Thätigkeit, der Kreislauf und Athmungsorgane, in ungünstigem Sinne beeinflusst. Hierdurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an Lungentuberculose zu erkranken, in erheblichem Masse und sehen wir, dass dieses Leiden viel häufiger bei jenen vorkommt, die in schlecht gelüfteten Räumen ununterbrochen hinter dem Schreibtische sitzen, als dort, wo die Beschäftigungsart zeitweise einen Wechsel der Körperstellung und Aufenthalt in freier Luft gestattet. Ferner treten Stauungen des Blutes im Pfortadersystem auf, welche sehr bald krankhafte Veränderungen des Magens und der Leber zur Folge haben. Aber auch das Centralnervensystem wird in Mitleidenschaft gezogen und findet man unter den Eisenbahnbediensteten dieser Kategorie nicht wenig

Gemüthskranke, die meist der Classe der Hypochonder angehören. Zur Verhütung des Entstehens dieser Zustände empfiehlt sich:

1. So oft es nur immer thunlich ist, die sitzende Position mit einer anderen Körperstellung zu vertauschen, indem z. B. in jedem Bureau die Pulte in drei verschiedene Kategorien angeordnet werden; nämlich als Sitzpulte mit gewöhnlichen Sesseln, Sitzpulte mit hohen Drehstühlen nebst Stehpult und gestattet sei, im regelmässigen Turnus die Arbeit abwechselnd von einem Pult auf den anderen zu übertragen, so dass ein Drittel der Arbeitszeit in zwei verschiedene Sitzpositionen und in der aufrechten Stellung verbracht werden könnte.

2. Aufrechte Haltung des Körpers und des Kopfes während der Arbeit, um dem Entstehen von Rückgratsverkrümmungen und Kurzsichtigkeit entgegen zu wirken.

3. Die Sessel sollen nicht mit hohen Rücklehnen und weichen, warmen Polstern, sondern nur mit Sitzen von geflochtenem Rohre oder durchlochten Fournieren und Kreuzlehnen ausgerüstet werden.

4. Während der Bureaustunden wäre, um den Blutumlauf zu erleichtern, enganliegende Kleidung zu vermeiden, so zu enge Halsbinden, Halskragen, Leibriemen, Strumpfbänder und Gummizüge in den Schuhen.

5. Für die Freistunden empfehlen sich Reit- und Fusspartien, Gartenarbeit und Turnen.

6. Die Diät sei nahrhaft und leicht verdaulich.

7. Man nehme mindestens jede Woche ein Reinigungsbad in lauem Wasser.

8. Die Bureaulocalitäten seien stets rein gehalten, gut ventilirt, staub- und rauchfrei.

Das Zugsförderungs- und Zugsbegleitungspersonal wird es sein, aus dem sich hauptsächlich die zweite Gruppe, jene des Verkehrsdienstes zusammensetzt. In Folge ihrer Lebens- und Beschäftigungsweise gehören die Bedingungen für Gesundheitsstörungen und demnach auch die hieraus resultirenden Erkrankungen hier ganz anderen Kategorien an. Es sind zu beachten der schneidige Luftzug und häufige Temperaturwechsel, die fortwährende Erschütterung des Körpers während der durch die Fahrzeit andauernden aufrechten Körperstellung bei bedeutender Anstrengung der Seh- und Gehörorgane. Was die Wärme des Heizapparates betrifft, von welcher das Locomotivpersonal getroffen wird, so schwankte bei den auf fünf Locomotiven angestellten Wärmemessungen die einen halben Meter vom hinteren Kesselumfange entfernte Quecksilbersäule je nach dem Einflusse des Windes zwischen 24·5° R. und 30·5° R., während die Wärme der atmosphärischen Luft 16° R. im Schatten betrug. Eine belästigende Wärmestrahlung verbreitet sich bei jeder Oeffnung der Feuerthür. Wichtig ist der Umstand, dass den Körper oft sehr ungleiche Temperaturgrade treffen. Während die Erhitzung der unteren Körperhälfte, namentlich der Fusssohlen, unerträglich werden kann, wird der obere Theil des Körpers ebenso oft dem abkühlenden Winde ausgesetzt.

Hieraus ergibt sich die Häufigkeit der Rheumatismen, und wenn wir erwägen, dass dem Feuerkasten der Locomotive Kohlensäure, Kohlenoxyd und Stickstoff fortdauernd entströmen und von

dem Fahrpersonale eingeathmet werden, so ist die häufige Entstehung von Catarrhen der Luftwege leicht erklärt. Doch sind auch Erkrankungen der Verdauungsorgane nicht selten, da aus Dienstesrücksichten die Mahlzeiten in sehr ungleichen Zwischenräumen oder in Stationen eingenommen werden müssen, in welchen die Qualität der Speisen und Getränke gar Manches zu wünschen übrig lässt. — Als Folgen des andauernden Stehens entwickeln sich Krampfadern der unteren Extremitäten. Der steten Erschütterung werden verschiedenartige nervöse Störungen zugeschrieben, welche zumeist vom Rückenmarke ihren Ausgangspunkt nehmen. — Da durch ein gehörkrankes Locomotivpersonal die Sicherheit des Betriebes gefährdet wird, so ist die Häufigkeit der Gehörleiden eine gewiss beachtenswerthe Thatsache. Von 160 Locomotivführern und Heizern der niederschlesisch-märkischen Bahn wurden 25 Procent, unter 108 Locomotivführern der Berlin-Anhaltischen Bahn 20 Procent und bei ungarischen Bahnen von 250 Untersuchten 92, das ist 36·8 Procent schwerhörig befunden.

Die Farbenblindheit ist wohl keine eigentliche Berufskrankheit, d. h. kein Leiden, das durch Vollführung der Dienstespflicht erworben wird, sondern eine angeborene Anomalie, aber von solcher Wichtigkeit für den Eisenbahndienst, dass sie nicht unerwähnt bleiben kann. Farbenblinde sind nicht in der Lage, optische Signale richtig zu erkennen, und vom executiven Eisenbahndienste auszuschliessen. Dr. *Gintel*, Centralinspector der Lemberg-Czernowitzer Bahn, behauptet nach einer im Jahre 1878 eingeleiteten Enquête, die sich auf 40.000 Eisenbahnbedienstete erstreckte, dass die Zahl der Farbenblinden zwischen 0·06 Procent (Rudolfsbahn) und 2·1 Procent (Berlin-Hamburger-Bahn) schwankte. Doch sind diese Angaben viel bestritten. Die Augenärzte, Professor Dr. *Reuss* und *Donders*, gaben die Zahl der Farbenblinden auf 3 Procent an. Die neuesten Studien über Farbenblindheit sind von *Worms*, welcher 11.173 Bedienstete der französischen Nordbahn untersuchte und unter diesen 95 Farbenblinde fand. Von diesen waren 23 im Dienste der Züge selbst beschäftigt und 6 als Locomotivführer oder Heizer thätig. Ein sehr klares Bild über die Verhältnisse der Erkrankungen bei den einzelnen Kategorien des Bahnpersonales entnehmen wir der Zeitung des Vereines deutscher Eisenbahnverwaltungen, wonach im Jahre 1886 bei fast 109.000 Beamten 55.062 Erkrankungen vorkamen; es erkrankten also 51 Procent, und zwar:

Von	dem	Zugsförderungspersonale	89	Procent
„	„	Zugsbegleitungspersonale	66	„
„	„	Bahnbewachungspersonale	42	„
„	den	Stationsbeamten	36	„
„	„	Angestellten des niederen Dienstes	56	„
„	„	Weichenwärtern	53	„
„	„	Bureaubeamten	26	„

Es starben 1·15 Procent des Gesammtpersonales.

Eine specielle Würdigung verdienen die chirurgischen Krankheiten (Verletzungen) der Eisenbahnbediensteten. Die Veranlassungen sind Eisenbahnunfälle, die sich bei der Beladung und Entladung der Wagen, bei Wagenverschiebungen oder während der Fahrt der Züge ereignen. Ersteren sind besonders die Packer und Magazins-

arbeiter ausgesetzt, letzteren die Maschinenführer und die Heizer, welche überdies durch das Entweichen von Dampf in Folge des schlechten Zustandes der Maschine, dann bei Zusammenstössen und Entgleisungen gefährliche Verbrennungen erleiden. Nebst ihnen sind es noch Bremser, Schaffner und sonstiges Zugspersonal, welche von den Unglücksfällen während der Fahrt betroffen werden. Nach den Angaben von *Leut* über rheinische Bahnbedienstete wurden verletzt von Heizern 11 Procent, von Locomotivführern 9·6 Procent, von den Zugsführern 9·2 Procent, von den Schaffnern 11·1 Procent.

Zur Erklärung des Charakters und der Schwere der gesetzten Verletzungen können wir uns nicht versagen, nachstehende Schilderung *Tourde's* wiederzugebeben: „Wir stehen hier der Maximalwirkung von Druckkraft gegenüber, die sich aus der Combination gewaltig bewegender Schnelligkeit und gewaltiger bewegter Massen zusammensetzt. Die vollständig ausgerüstete Locomotive sammt Tender repräsentirt ein Gewicht von 16 – 64 Tonnen, die Waggons von 6—13.000 Kgrm., die mit einer Geschwindigkeit von 20—80 Km. pro Stunde, das ist 5—22 M. pro Secunde, also mit einer Schnelligkeit sich bewegen, die der eines heftigen Windes entspricht. Die Verletzungen, die den Tod zur Folge haben, lassen sich folgendermassen unterscheiden: Pufferwirkung: Der Stationsarbeiter kann während des Rangirens der Züge zwischen zwei Wagen genommen und durch die aufeinanderstossenden Puffer erdrückt werden.

Wirkung von Ueberfahrenwerden auf dem Schienenstrange; Sturzwirkung, Wirkung von Zusammenstössen von Zügen: Hier haben alle Verletzungen den Charakter intensivster Stosswirkung mit gleichzeitiger Erschütterung von Gehirn oder Rückenmark. So ist bei einem beschleunigten Zuge mit einer Schnelligkeit 11·11 M. der Eindruck auf den Betroffenen derselbe, als wäre er etwa vom 2. Stock herabgefallen; bei einer Schnelligkeit von 13·88 M. in der Secunde wären die Folgen etwa wie die eines Sturzes von einer Höhe von 9·82 M. (ungefähr 3. Stock). Der Expresszug endlich, der eine Strecke von 16·16 M. in der Secunde zurücklegt, würde bei einem Zusammenstosse denselben Einfluss ausüben, wie der Sturz aus einer Höhe von über 14 M., also aus dem 4. Stocke, mit Abzug der leichten durch die Reibung gesetzten Abschwächung. Die nach Zusammenstössen von Eisenbahnzügen zur Entwicklung kommenden Krankheitssymptome wurden mit dem treffenden Namen: „Railway-spine" zusammengefasst.

(Schluss folgt.)

Literatur.

241. ***Moderne Chemie.*** *Zwölf Vorträge von Aerzten gehalten. Von Dr.* ***Lassar-Cohn****, Privatdocent für Chemie an der Universität Königsberg. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1891.*

Die vorliegenden Vorträge hatten den Zweck, Aerzte mit dem gegenwärtigen Stande der für sie wichtigen Theorien der modernen Chemie bekannt zu machen. Nicht nur die chemischen Vorgänge im Organismus, also die Lehre vom Stoffwechsel, von der Ernährung, Athmung, Assimilation und Ausscheidung erscheint uns erst dann im richtigen Lichte,

wenn uns die chemischen Grundlehren geläufig sind, die zum Verständniss dieser Vorgänge führen, sondern die ganze grosse Anzahl der modernen Fiebermittel und Anästhetica sind dem Gebiete der organischen synthetischen Chemie entnommen. Beinahe wöchentlich werden neue, nach bestimmten Grundsätzen aufgebaute chemische Körper als neue Heilmittel angerühmt; räumt man nun der Empirie auch bei diesen zum Theil von industriellen Zielen geleiteten Heilversuchen eine gewisse Berechtigung ein, so ist es doch von grösstem Werthe, wenn der Arzt die Fähigkeit besitzt, aus dem chemischen Aufbau eines solchen Arzneimittels von vorneherein auf dessen therapeutische Verwendbarkeit Schlüsse ziehen zu können und bei jedem neuen Mittel die Richtung zu beurtheilen vermag, in welcher „das Neue" dem Organismus schädlich oder nützlich werden kann. *Lassar-Cohn* steuert dem Ziele, den Arzt, von den Elementen der Chemie ausgehend, in den Besitz der für ihn nöthigen Kenntnisse zu bringen, auf dem kürzesten Wege zu, dabei ist die Darstellung durch den steten Hinweis auf jene Stoffe, welche physiologisches und pharmakologisches Interesse darbieten, stets eine anregende, so dass in dieser Beziehung das cito et iucunde vollkommen erreicht ist. Wie oft hörten wir nicht von Aerzten den Wunsch nach einer chemischen Anleitung, wie sie hier nach Form und Inhalt vorliegt, aussprechen. Wir sind auch demgemäss überzeugt, dass die vorliegenden Vorträge in der Bücherei keines gebildeten Arztes fehlen werden. *Loebisch.*

242. ***Grundlagen, Aufgaben und Grenzen der Therapie. Nebst einem Anhange: Kritik des Koch'schen Verfahrens.*** *Von Dr.* ***O. Rosenbach,*** *a. o. Professor an der Universität und Primararzt der med. Abtheilung des Hospitales zu Allerheiligen in Breslau. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg. 1891.*

Ein Kliniker von origineller Auffassung und scharfsinnigem Bedachte spricht aus dem vorliegenden Buche, das, unbeirrt von der gerade in der Gegenwart so häufig erscheinenden und so rasch wieder verflüchtigenden therapeutischen Dissolving views, ein dauerndes Bild zu entwerfen bestrebt ist von dem, was Wissenschaft und Praxis von der Therapie zu fordern berechtigt sind. Ausgehend von der klinischen Beobachtung, welche Verf. mit Recht als „Herrscherin" bezeichnet, während ihm alle anderen Methoden nur „Behelfe" sind, kämpft derselbe mit scharfer kritischer Waffe für die Emancipation der klinischen Forschung von dem dominirenden Einflusse des Experimentes, dessen Bedeutung er keineswegs unterschätzt, das er aber nicht, wie manche moderne Anschauung der Jüngstzeit, als a l l e i n giltige reale Basis aller Schlüsse gelten lassen will. Man müsse sich der Grenzen dieser Forschungsmethode bewusst bleiben und dürfe sich keinesfalls der Ueberzeugung hingeben, dass die Versuchsbedingungen beim Experimente nur im Entferntesten die langsamen, allmäligen Veränderungen, welche die als Krankheit bezeichnete Functionsstörung mit sich führt, nachahmen können. In weiterer, sachlich polemischer, aber stets von der Beobachtung eines grossen Krankenmateriales ausblickender Darstellung sucht Verf. seine Anschauung der Vorgänge im kranken Organismus für Festsetzung der therapeutischen Ziele zu verwerthen. Das „Symptom" ist ihm n i c h t die Aeusserung eines teleologischen Heilungsbestrebens, sondern nur eine nach aussen sichtbar gewordene Erscheinungsform eines uns noch nicht völlig bekannten molecular-chemischen Processes, ein Zeichen erhöhter oder verminderter innerer Arbeit der Gewebe unter gewissen abnormen Einwirkungen, seien

es Mikrobien oder sonstige Noxen. Als Aufgabe der neuen Diagnostik wird bezeichnet, die Natur dieser intermolecularen chemischen Vorgänge aufzudecken, die erst später zu Volumsveränderungen der Substanz, d. h. zu einer Vermehrung der Zwischensubstanz zwischen den Trägern des Lebens, den „lebenden Molecülen" führt; sie muss die veränderte Form der Arbeit zu messen versuchen. *Rosenbach* betont es wiederholt, dass, wie alles materielle Geschehen, auch die Vorgänge in dem Molecularcomplexe, den wir lebenden Organismus nennen, nur dem Gesetze von der Erhaltung der Energie unterworfen sind, und dass demgemäss jeder Eingriff in den Ablauf dieser Vorgänge, der den Postulaten dieses Gesetzes widerspricht, als nutzlos, ja häufig sogar als schädlich für den Ablauf der Transformation der Energie betrachtet werden müsse.

Ein wesentlicher Theil der Therapie, so deducirt der Verf. weiter, beruht darauf, bei Vermehrung der Widerstände für die wesentliche Arbeit — die zur Auslösung des Betriebes der Protoplasmamaschine bestimmte lebendige Kraft — die ausserwesentliche Arbeit auf ein Minimum zu reduciren, den Betrieb der Maschine so viel und so zeitig als möglich einzuschränken, denn durch diese Verminderung der Umsetzungen wird auch die Grösse des Reizes vermindert, des Auslösungsvorganges, den sich der Organismus immer von Neuem bei seiner Arbeit, der Uebertragung des molecular gebundenen Sauerstoffes auf das oxydable, Spannkraft liefernde Molecül, d. h. durch Wärmebildung, schafft. Ein nicht minder wichtiger Zweig der Therapie sei aber auch der, welcher sich mit der Verminderung des aussergewöhnlichen Reizes befasst, d. h. derjenigen lebendigen Kraft, die von anderen Organismen zu Tage gefördert wird, welche in den menschlichen Organismus eintreten (Mikrobien) und dessen Arbeitsleistung bezüglich des Spannkraftmateriales für die eigene Erhaltung benützen. Wenn nicht zuletzt ein Stillstand der Maschine eintreten soll, müssen diese ausserwesentlichen Reize vernichtet werden, und zwar durch Mittel, welche, ohne den Betrieb des grossen Motors zu stören, den kleinen zum Stillstande bringt. Und denselben Gedankengang verfolgend, bezeichnet Verf. als anzustrebende Ziele rationelle Hygiene: Den zweckmässigen Ersatz der verbrauchten Spannkräfte durch passende und reichliche Nahrung, Gewährung der nöthigen Ruhepausen zur Aufsammlung der verlorenen Spannkräfte, Verminderung der ausserwesentlichen Arbeit.

Das Ziel diagnostischer Kunst, so sagt *Rosenbach* am Schlusse des Vorwortes, soll nicht das „Krankheitsbild", sondern die Erkennung des Beginnes veränderter Körperarbeit sein, die Therapie soll nicht das beschränkte Ziel der Heilung einer ausgeprägten Krankheit, sondern die Beseitigung der ungünstigen Bedingungen erstreben, die ein abnormes Verhältniss der Kraftvertheilung herbeiführen. Wahrlich mit diesen wenigen Worten präcisirt der Verf. ein grosses bedeutungsvolles Programm der Medicin der Zukunft. Wie er sich die Verwirklichung desselben denkt, wie er dem Arzte die frühzeitige Erkennung des Momentes vor Augen führt, in dem das Missverhältniss zwischen Anforderung an Arbeit und Kräftevorrath beginnt, wie er die Grundlagen einer wissenschaftlichen Therapie gestaltet, um die Krankheit als eine veränderte Form der Arbeitsleistung des Körpers zu bekämpfen — dies kann bei einer kurzen Besprechung auch nicht blos inhaltlich angegeben werden. Es sei nur angegeben, dass jedes einzelne Capitel einen für sich abgeschlossenen Essay bildet, welcher in frischer lebendiger Darstellung eine Fülle von geistvollen Bemerkungen und wichtigen Anregungen bietet und wie z. B.

besonders das meisterhaft bearbeitete Capitel „Die Bedeutung der functionellen Diagnostik für die Therapie“ auch die vollste Aufmerksamkeit des Praktikers verdient, dass aber die Verbindung sämmtlicher Abhandlungen, wenngleich zuweilen eine lockere, doch eine organisch zusammenhängende ist. Den Erörterungen über den „Wechsel der therapeutischen Moden“ und die „Grundlagen einer wissenschaftlichen Therapie“ folgt eine Besprechung der modernen therapeutischen Methoden, welche die Hervorrufung einer Reaction zum Ziele haben, der präventiven und curativen Methode der Schutzimpfung, sowie der specifischen Mittel auf dem Gebiete der Infectionskrankheiten, um dann die Bedeutung der functionellen Diagnostik zu erörtern, die psychische Therapie innerer Krankheiten, und die rationelle Gestaltung der causalen Therapie beim fieberhaften Processe, bei gestörter Verdauungsarbeit, bei Chlorose. Den Anhang bildet eine, actuelles Interesse bietende Kritik des *Koch*'schen Verfahrens. Wir wünschen dem hervorragend bemerkenswerthen Buche, dass es nicht nur viel, sondern aufmerksam gelesen werde. Das Studium desselben bringt Freude und Gewinn. Prof. *E. H. Kisch.*

243. ***Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen.*** *Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet von Dr. med.* ***P. Baumgarten,*** *o. ö. Prof. der Pathologie an der Universität Tübingen. Sechster Jahrgang. 1890. Erste Hälfte. Braunschweig, Harald Bruhn, 1891.*

Vom VI. Jahrgang des genannten Jahresberichtes liegt die erstere grössere Hälfte vor. Auch für diesen Band ist die Zahl der Mitarbeiter mit mehreren hervorragenden Kräften vermehrt worden. Die Eintheilung des Werkes ist die bisherige geblieben. Da unter den Referenten sich Vertreter aller Culturnationen finden, so ist für die Vollständigkeit des Jahresberichtes das Möglichste erreicht. Derselbe, nun schon in sämmtlichen bacteriologischen Laboratorien eingebürgert, wird von Tag zu Tag auch dem Kliniker und den klinischen Instituten immer mehr unentbehrlich. Nicht nur die Diagnostik der Infectionskrankheiten ist derzeit ohne bacteriologische Kenntnisse eine nur unvollkommene, sondern auch die Lehren von der Immunität und Schutzimpfung, sowie überhaupt die Bestrebungen, unsere Kenntnisse von den biologischen Verhältnissen der Bacterien therapeutisch zu verwerthen, fesseln in so hohem Grade das Interesse der Kliniker, dass wir die Verbreitung des vorliegenden Jahresberichtes auch unter den Klinikern eingehend befürworten müssen. Die Ausstattung des Werkes muss anerkennend hervorgehoben werden. *R.*

244. ***Siebenter und achter Jahresbericht des Stadtphysikates über die Gesundheitsverhältnisse der königl. Hauptstadt Prag für die Jahre 1888 und 1889.*** *Erstattet von Dr.* ***Heinrich Záhoř,*** *Stadtphysikus, k. k. Sanitätsrath, Prag. Im Verlage der Gemeinderenten der königl. Hauptstadt Prag, 1891.*

Die ausgedehnte Thätigkeit auf dem Gebiete der Sanitätspolizei, welche das Stadtphysikat der Hauptstadt Prag sowohl wegen der bekanntlich ungünstigen sanitären Verhältnisse dieser Hauptstadt, als in Anbetracht der zahlreichen industriellen Anlagen in der Umgebung derselben zu entfalten hat, bringen es mit sich, dass der Jahresbericht des unter Leitung des Stadtphysikus *Dr. Heinrich Záhoř* stehenden Stadtphysikates stets eine Fülle belehrenden Inhaltes in Beziehung auf städtische Sanitätsverwaltung, d. h. praktische Durchführung und Durchführbarkeit der

Anforderungen der Hygiene enthält. Der vorliegende Jahresbericht enthält ebenfalls nicht nur ein reichliches statistisches Material, sondern auch ein reiches Material an sanitätspolizeilichen Entscheidungen und Durchführungen in Betreff von Canalisation, Schulhygiene, Leichenkammern, Friedhöfe, Grüfte, Desinfection, Errichtung industrieller Etablissements. Die Veröffentlichung der bezüglichen Gutachten in vorliegendem Berichte muss sowohl von den Verwaltungsbehörden, als von den sanitären Beiräthen derselben dankbar anerkannt werden. So glauben wir nur Gerechtigkeit zu üben, wenn wir den vorliegenden Physikatsbericht der königl. Hauptstadt Prag als mustergiltig anerkennen. *Loebisch.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

245. ***Ueber multiple Neuritis.*** *Von Prof. Dr.* ***A. Fraenkel.*** *Vortrag im Verein für innere Medicin zu Berlin. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 53.)*

Die Affection, von welcher ich mir erlauben werde, einige Fälle heute Ihnen vorzuführen, ist zum letzten Male in dieser Gesellschaft gelegentlich eines Vortrages von *Senator* Gegenstand einer eingehenden Discussion gewesen. *Senator* hat damals die Präparate von zwei Fällen vorgelegt, in denen es sich um ein besonders starkes Ergriffensein der Musculatur handelte. Dasselbe kennzeichnete sich durch bedeutende Hyperämie der Gefässe zwischen den einzelnen Mukelbündeln, Rundzellenanhäufung um dieselbe, Kernwucherung innerhalb der Sarcolemschläuche und in Folge dessen Druckatrophie der Muskelfasern. Namentlich in dem zweiten Falle seiner Präparate waren zu Anfang die hauptsächlichsten Symptome Schmerzen in der Musculatur gewesen, während Zeichen einer Betheiligung seitens der Nerven, insbesondere Druckschmerzen, ferner Anästhesien fehlten und erst im späteren Verlauf sich bemerkbar machten. *Senator* hat daher sowohl hier wie in einer in der Folge publicirten ausführlicheren Arbeit in der Zeitschrift für klinische Medicin hervorgehoben, dass in einer Reihe von Fällen von multipler Neuritis, wie es scheint, die Affection ihren Ausgang von der Musculatur nehme, mit einer Erkrankung der Musculatur einsetze, um von da erst auf die Nerven überzugreifen. Er ist der Ansicht, dass man neben der acut oder subacut verlaufenden Polyneuritis eine acute infectiöse Polymyositis unterscheiden müsse. Wenn wir die in den letzten Jahren beträchtlich angeschwollene Literatur über die multiple Neuritis durchgehen, so finden wir, dass die Bereicherungen, welche das Gebiet erfahren hat, sich einestheils auf die Erweiterung des klinischen Symtomencomplexes, andererseits aber auf gewisse pathologisch-anatomische Fragen beziehen. Während anfänglich nach dem Erscheinen der bekannten Arbeit von *Leyden* über diesen Gegenstand man zunächst daran ging, möglichst die von *Duchenne* aufgestellte Krankheitsform der acuten, respective subacuten spinalen Atrophie, der Paralysie spinale antérieure aigue und subaigue zu reduciren und die Mehrzahl der Fälle, die man früher dieser Affection zugerechnet hatte, in das Gebiet der multiplen Neuritis zu verweisen, so macht sich neuerdings wieder das Bestreben geltend, auch bei der multiplen Neuritis den Veränderungen am Centralnervensystem und speciell am Rückenmark mehr Aufmerksamkeit zu schenken. *Leyden* hatte selbst in seiner Arbeit, ebenso nach ihm *Oppenheim* und Andere, auf die nicht ganz selten vor-

kommenden Veränderungen, namentlich in der grauen Substanz der Vorderhörner, hingewiesen, welche in gewissen Alterationen der Ganglienzellen bestehen. In manchen Fällen hat man auch Hyperämie in der grauen Substanz, sowie vereinzelte myelitische Herde gefunden. Indessen ist es doch nicht wahrscheinlich, dass in der Mehrzahl dieser Fälle die Veränderung im Rückenmark selbst den Ausgangspunkt für den Process in den peripheren Nerven gegeben hat. Besonders interessant sind ferner gewisse Veränderungen in der weissen Substanz des Rückenmarks, auf welche gerade in der neueren Zeit mehr Gewicht gelegt wird. *Pal* hebt hervor, dass eine der Hauptfragen bezüglich der multiplen Neuritis gegenwärtig neben der Pathogenese derselben die Feststellung der Veränderungen am Centralnervensystem, namentlich im Rückenmark, sei. Er hat in seiner Arbeit selber über 8 Fälle berichtet, von denen er bei vier die Autopsie gemacht hat, und in allen 4 Fällen hat er ziemlich erhebliche Veränderungen im Rückenmark nachweisen können. Diese Veränderungen bestanden in einem Falle in Hyperämie der grauen Substanz mit capillären Blutungen im Hinter- und Vorderhorn, in einem zweiten in partieller Degeneration der *Lissauer*'schen Wurzelzone und Verbreiterung der Gliabalken im *Goll*'schen Strang (Halsmark); endlich in einem dritten Falle fand sich im Hals- und oberen Brustmark beträchtliche Degeneration der hinteren Wurzeln mit gleichzeitiger Degeneration der *Burdach*'schen Stränge, weiter abwärts im Brustmark, sowie zum Theile im Lendenmark ziemlich ausgebreitete Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahn und eines Theiles der Kleinhirnseitenstrangbahn. *Pal* äussert die Anschauung, dass das Agens, das die multiple Neuritis zur Folge hat, und das allem Anscheine nach in die Kategorie der toxisch wirkenden Substanzen gehört, seine Wirkung auf die verschiedensten Punkte der Leitungsbahn der Nervenfasern ausüben könne, sowohl auf die Peripherie wie auf den Verlauf der Faser im Rückenmark selbst. Was dabei besonders interessant ist für das Verhalten im Rückenmark, ist der Umstand, dass die Degeneration hier nicht blos in systematischer Weise, sondern öfter in Form eines herdweisen Befallenwerdens statthat, so dass Stränge, die functionell nicht zusammenhängen, wie die Kleinhirnseitenstrangbahn und die Pyramidenseitenstrangbahn, nebeneinander und in verschiedener Höhe und Ausbreitung ergriffen sein können. Wenn ähnliche Befunde wie in dem zuletzt erwähnten Falle von *Pal* sich öfter wiederholen sollten, wobei intra vitam atactische Erscheinungen in den Oberextremitäten bestanden, und in der Leiche anatomisch ein Befund erhoben wurde, wie wir ihn bei der Tabes cervicalis antreffen, so würde die Entscheidung, ob man es am Krankenbett mit einem reinen Falle von multipler Neuritis, und zwar der atactischen Form (Neuro-Tabes peripherica) oder mit einer wirklichen Combination mit Tabes zu thun habe, zuweilen erschwert werden. Die Sache wird dadurch noch complicirter, dass bekanntlich umgekehrt im Verlaufe unzweifelhafter primärer Tabes auch die periphere Nervenfaser erkranken kann. Auch klinisch ist es so, dass Fälle vorkommen, die, obwohl nicht gerade häufig, es doch anfänglich zweifelhaft erscheinen lassen, womit wir es zu thun haben, ob mit einer Neuritis, hier speciell der atactischen Form derselben, oder mit wirklicher Tabes. Ich denke dabei nicht an die beiden Affectionen gemeinsamen vulgären Symptome, an die Schmerzen, die Aufhebung der Patellarreflexe, die Augenmuskellähmungen, noch an die höchst seltene und wohl erst einmal beobachtete Complication mit reflectorischer Pupillenstarre,

sondern an einige andere Symptome, wie Blasenstörungen, gastrische Beschwerden, Gürtelgefühl. Ich selbst habe auf meiner Abtheilung vor einiger Zeit einen Fall zu sehen Gelegenheit gehabt, den später *Remak* untersuchte, in welchem ich auf Grund gewisser, seit Jahren bestehender Magenbeschwerden, welche uns den Eindruck von Crises gastriques machten, und der Angabe des Gürtelgefühls mich der Diagnose der Tabes zuneigte. *Remak* hat nachher bei dem Patienten Muskelatrophie, und zwar degenerative Atrophie am Vorderarm und den unteren Extremitäten im Peroneusgebiet nachgewiesen und entschied sich dafür, dass Patient an multipler Neuritis leide. Aber die Patellarphänomene sind noch nicht zurückgekehrt, so dass es vielleicht doch nicht ganz ausgemacht ist, ob es sich nicht um eine Combination von Neuritis mit Tabes handelt. Der Patient, dessen Präparate ich zur mikroskopischen Betrachtung aufgestellt habe, war dadurch bemerkenswerth, dass er eine eigenthümliche Alteration der Psyche, die man zuweilen bei multipler Neuritis beobachtet, und auf welche neuerdings *Korsakoff* aufmerksam gemacht hat, darbot; sie kommt namentlich bei alkoholischer Neuritis vor, wird aber auch gelegentlich bei infectiösen Formen der Neuritis constatirt. Die Affection macht sich bemerkbar durch folgende Symptome: In einer Reihe von Fällen handelt es sich um eine reizbare Schwäche der psychischen Sphäre, die Patienten sind schlaflos, leicht erregbar und verstimmt; in einer zweiten Reihe von Fällen dagegen besteht ein Mangel des Orientirungsvermögens in Bezug auf Zeit und Ort, verbunden mit einem gewissen Grad von Verwirrtheit, und in einer dritten endlich bieten die Patienten die Erscheinungen äusserster Vergesslichkeit; sie können unter Umständen ganz prompte Antworten auf die ihnen vorgelegten Fragen geben, wissen aber nichts von den Dingen, die kurz vorher sich ereignet haben. *Korsakoff* führt an, dass diese Symptome unter Umständen so vollkommen das Bild der multiplen Neuritis verdecken, dass die Diagnose dadurch erschwert wird. Er ist der Meinung, dass die Symptome ebenfalls durch die Einwirkung des die Neuritis hervorrufenden toxischen Agens, und zwar auf das Gehirn selbst, zu Stande kommen, indem er in einem Falle Veränderungen (Hyperämie, Blutaustritt, Vermehrung des Bindegewebes) in der Hemisphärenrinde nachgewiesen haben will. Von Wichtigkeit ist, dass, abgesehen von Verwechslungen mit progressiver Paralyse, zu welchen diese Form der psychischen Störung führen kann, das Allgemeinbefinden der Patienten eine tiefgehende Alteration aufweist. Die Kranken machen den Eindruck des Verfallenseins, allgemeiner Abmagerung, ihre Pulsfrequenz ist erhöht, der Puls unregelmässig, es besteht hartnäckiges Erbrechen.

Kleine Mittheilungen.

246. ***Tod nach einem Hymenalrisse in Folge eingetretener Sepsis.*** Von *Francis L. Haynes.* Los Angeles Californien. (Amer. Journ. of obstetr. Juni-Heft 1891, pag. 268. — Allg. med. Central-Ztg. 1891. 82.) Eine 22jähr. Neuvermählte begann in der Hochzeitsnacht nach ausgeübtem ersten Coitus zu bluten. Der sofort gerufene Arzt fand einen bis zum Perineum reichenden Hymenalriss, der stark blutete. Durch Eisenchlorid wurde die Hämorrhagie sofort gestillt. Die nächstfolgende Nacht wurde der Arzt wieder gerufen, da die Blutung nach neuerlich ausgeübtem Coitus wiederkehrte. Es wurde wieder ein Eisenchloridtampon eingelegt. Da der Arzt darauf vergass, den Tampon zu entfernen, blieb derselbe 4 Tage liegen. Inzwischen setzten septische Erscheinungen ein, denen die Kranke 4 Tage nach Entfernung des Tampons erlag.

247. ***Diabetes mellitus gravidarum.*** (Amer. Journ. of obstetr. October-Heft 1891, pag. 1242.) Die bei Puerperen und Stillenden vorkommende Glycosurie ist nicht zu verwechseln mit Diabetes. Diabetes bei Schwangeren ist als selten angenommen, doch ist es die Frage, ob dies richtig ist, ob nicht so manche Fälle übersehen werden. Stirbt die Frucht ohne scheinbar nachweisbare Ursache ab, so ist es stets angezeigt, den Harn auf Zucker zu prüfen. In manchen Fällen leiteten erst Sehstörungen auf die Diagnose dieses Leidens hin. Der Tod der Frucht erfolgt meist im 7. Graviditätsmonate, doch wird die Frucht meist erst 1—2 Monate später geboren. Der Process verläuft manchmal in sehr rapider Weise. In solchen Fällen ist die Einleitung der künstlichen Frühgeburt angezeigt, und zwar sobald die Frucht ihre Lebensfähigkeit erreicht hat. Bei milder verlaufendem Processe ist eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft nicht nöthig. *Kleinwächter.*

248. ***Gegen Kopfschuppen*** soll (Monit. thérap. 1891. Dec. — Therap. Monatsh. 1892. 1) mittelst Schwämmchen folgende Mischung auf die Kopfhaut applicirt werden:

Borax 5·0,
Eau de Cologne 10·0,
Aqu. font. 250·0.
S. Aeusserlich.

249. ***Suppositorien gegen chronische Prostatitis.*** *Oberländer* empfiehlt bei chronischer Prostatitis Jodoformsuppositorien in folgender Zusammensetzung:

Rp. *Jodoformii* 0·5—1·0
Solve in.
Ol. Amygdal. dulc.
q. s.
Adde Butyr. Cacao q. s.
u. f. supposit. X.

DS. Allabendlich nach vorheriger Entleerung ein Suppositorium zu appliciren.

Der Zusatz von Süssmandelöl erhöht die Resorption des Jodoforms. Man beginnt mit Dosen von 0·05 und steigt allmälig bis 0·1. Bei sensiblen Individuen können 10 Cgrm. Intoxicationssymptome hervorrufen, geringere Dosen werden dagegen stets vertragen. *Oberländer* hat vom Jodoform erheblich günstigere Resultate gesehen als von Jodkaliumanwendung. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 53.)

250. ***Infectiös-peripharyngealer Abscess. (Phlegmone infectieux péripharyngien.)*** *Von Dr.* **Sanvineaud.** *(Bull. méd. und Revue de laryngol. 1891. 15.)*

Schlingbeschwerden, Oedem der Mucosa, miliare Abscesse, Athembeschwerden, Tod durch Collapsus. Die Section ergab Eiterinfiltration um den Oesophagus, Pharynx und Unterhautzellgewebe des Halses; es könnte sich auch um *Ludwig*'sche Angina handeln.

XI. Congress für innere Medicin. Derselbe findet vom 20. bis 23. April 1892 zu Leipzig im Deutschen Buchhändlerhause, Hospitalstrasse, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. *Curschmann* (Leipzig) statt. Die Themata, welche zur Verhandlung kommen sollen, sind: Mittwoch, den 20. April: Die schweren anämischen Zustände. Referenten: *Birmer*, Breslau, und *Ehrlich*, Berlin. Freitag, den 22. April: Die chronische Leberentzündung. Referenten: *Rosenstein*, Leyden und *Stadelmann*, Dorpat. Die nachstehenden Vorträge sind bereits angemeldet: *Emmerich*, München: Ueber die Ursache der Immunität und die Heilung von Infectionskrankheiten. — *Peiper*, Greifswald: Ueber Urämie. — *Rob. Binswanger,* Kreuzlingen-Constanz: Ueber die Erfolge der Suggestiv-Therapie. — *Goltz*, Strassburg: Ueber die Folgen der Ausschneidung grösserer Stücke des Rückenmarkes (Bericht über Beobachtungen, welche von *Goltz* und *Ewald* an Hunden angestellt wurden). — *Schott,* Nauheim: Zur Aetiologie der chronischen Herzkrankheiten. — *v. Jaksch,* Prag: Thema vorbehalten. — *Fürbringer*, Berlin: Zur Kenntniss der sogenannten Leberkolik und Pseudogallensteine. — *Vucetic,* Mitrovitz: Behandlung des Alkoholismus. — *Minkowski,* Strassburg: Weitere Mittheilungen über den Diabetes mellitus nach Pancreasexstirpation. — *Ebstein,* Göttingen: Thema vorbehalten. — *Adamkiewicz,* Krakau: Ueber die Behandlung des Carcinomes. — *Finkler*, Bonn: Die verschiedenen Formen der Pneumonie. — *Gerhardt,* Berlin: Thema vorbehalten. — *Geppert*, Bonn: Thema vorbehalten. — *Israël,* Berlin: Ueber die secundären Veränderungen der Kreislaufsorgane bei Insufficienz der Nierenthätigkeit. — *Landois,* Greifswald: Ueber den

therapeutischen Werth der Bluttransfusion beim Menschen. — *Rütimeyer*, Basel-Riehen: Zur Pathologie der Bilharziakrankheit. — *Grawitz*, Greifswald: Ueber die hämorrhagischen Infarcte der Lungen. — *Klebs*, Zürich: Ueber die Heilung der Tuberculose und die Biologie der Tuberkelbacillen. — *G. Klemperer*, Berlin, und *F. Klemperer*, Strassburg: Untersuchung über die Ursachen der Immunität und Heilung, besonders bei der Pneumonie. — *Buchner*, München: Ueber Immunität gegen Infectionskrankheiten. — *v. Ziemssen*, München: Ueber subcutane Bluttransfusion. — *F. Wolff*, Reiboldsgrün: Ueber das Verhältniss der Infectionsgefahr zum wirklichen Erkranken bei Tuberculose. — *Löffler*, Greifswald: Thema vorbehalten. *Rich. Stern*, Breslau: Ueber Darmdesinfection. — *H. Leo*, Bonn: Beobachtungen über Diabetes mellitus. — *Schreiber*, Königsberg: Ueber Circulationsstörungen in den Nieren. — Mit dem Congresse ist eine Ausstellung neuerer ärztlicher Apparate, Instrumente, Präparate u. s. w. verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an den Local-Secretär des Congresses, Privatdocenten Dr. *Krehl*, Leipzig, Thalstrasse 31, zu richten.

Mit dieser Nummer versenden wir einen illustrirten Prospect über das ***Diagnostische Lexikon für praktische Aerzte,*** *unter Mitwirkung hervorragender Fachgenossen herausgegeben von* ***Dr. Anton Bum*** *und* ***Dr. M. T. Schnirer,*** *welchen wir der geneigten Beachtung unserer Leser bestens empfehlen.*

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Husemann, Dr. Theodor, Professor der Medicin an der Universität Göttingen. Handbuch der Arzneimittellehre. Mit besonderer Rücksichtnahme auf die neuesten Pharmakopöen für Studirende und Aerzte bearbeitet von —. Dritte Auflage des Handbuches der gesammten Arzneimittellehre. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1892.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

WIENER MEDIZINISCHE PRESSE

XXXIII. Jahrg. 1892. Wochenschrift für praktische Aerzte. XXXIII. Jahrg. 1892.

Inhalt der Nummern 1—6 vom Jahre 1892:

Einzelpreis dieses Heftes: 45 kr. = 75 Pf.

Abonnements-Preise: „Wiener Medizinische Presse“ und „Wiener Klinik“: Inland: Jährlich 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährlich 20 Mark, halbj. 10 Mark, viertelj. 5 Mark. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährlich 24 M., halbj. 12 M. „Wiener Klinik“ separat: Inland jährl. 4 fl., Ausland 8 M. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern u. Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

251. ***Arteriosclerose als Folge vegetarianischer Lebensweise.*** *Von Dr.* ***Alanus****. (Boston med. and surg. Journ. 1891. 5. — Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 5.)*

Ist schon an und für sich der Vegetarianismus in nördlichen Ländern ohne wesentlichen Anhang geblieben, so ist noch obendrein seine gesundheitsschädigende Wirkung durch die Erfahrung von *Alanus*, an eigener Person gemacht, von Bedeutung. Der noch nicht 40 Jahre alte, an Spirituosen nicht gewöhnte Arzt fand eine auffallende, früher nicht vorhanden gewesene Arteriosclerose seiner Temporalis und Radialis nach länger fortgesetzter vegetabilischer Ernährung. Dies stimmte mit den Angaben *Gabler's*, wonach die in den Pflanzen vorkommenden Mineralsalze dem Blute mitgetheilt werden, und zwar in reichlicherer Quantität als durch Fleischnahrung. *Raymond* fand in einem Kloster, wo vegetarianisch gespeist wird, auch die jüngeren Mönche vielfach atheromatös erkrankt, was sonst selten der Fall ist. Ebenso fand *Treille* die Bewohner von Bombay und Calcutta, welche von Reis leben, an atheromatöser Entartung vielfach erkrankt. „Die vegetabilische Nahrung zerstört die Blutgefässe, macht frühzeitig alt, producirt die Weinsteinbildung, steilen Cornealrand und Phosphaturie.“ In der Folge ging *Alanus* zu gemischter Kost über. Dass der Vegetarianismus vorübergehend, 1—2 Monate angewendet, gegen manche Krankheiten nützlich ist, leugnet *Alanus* ebensowenig, wie irgend ein Anderer, aber er betont auch ganz richtig, dass der Vegetarianismus ebensowenig eine Nahrung für beständig sei.

Hausmann, Meran.

252. ***Ueber chronische Bauchfellentzündung im Kindesalter.*** *Von Prof. Dr.* ***Henoch****. Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin in Berlin. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 1.)*

Gerade die tuberculöse Form der chronischen Peritonitis im Kindesalter hat die Aufmerksamkeit der Aerzte in so hohem Grade erregt, dass lange Zeit das Vorkommen einer nicht tuberculösen Form so gut wie gänzlich geleugnet wurde und noch 1884 *West* in seinem Buche über Kinderkrankheiten dieses Dogma in vollem Masse aufrecht erhielt. Seitdem hat man aber erkannt, dass es zweifellos Fälle gibt, die mit Tuberculose gar nichts zu thun haben, und unter vielen anderen Autoren hat auch *Henoch* die Erfahrung gemacht, dass einfache chronische Peritonitis bei Kindern in einer Form vorkommt, die sich zunächst durch nichts weiter zu erkennen gibt als durch einen zunehmenden und schliesslich eine recht bedeutende Höhe erreichenden Ascites. Gewöhnlich sind es Kinder, die schon das zweite oder dritte Lebensjahr überschritten

haben; sie befinden sich sonst ganz wohl und klagen weder über Schmerz, noch auch über Empfindlichkeit bei Druck auf den Leib. Der Flüssigkeitserguss ist gewöhnlich ein freier, sein Entstehen weder auf eine Herz-, noch auf eine Leber- oder Nierenerkrankung, für welche alle Zeichen fehlen, zurückzuführen. Solche Fälle von Ascites müssen als entzündliche Secretion des Peritoneums aufgefasst werden, zumal die punctirte Flüssigkeit ausserordentlich reich an Eiweiss ist, und können entstehen durch ein Trauma, das sich aber nur in den wenigsten Fällen nachweisen lässt. *Henoch* führt Beispiele für eine solche Aetiologie an. Die Tuberculose in der Aetiologie dieser Fälle auszuschliessen ist oft sehr schwierig. Besonders in den Anfangsstadien hat die einfache Form mit der tuberculösen viel Aehnlichkeit, so dass eigentlich nur das Allgemeinbefinden der Kinder, ihr gutes Aussehen die Diagnose stellen lässt. Die Kinder mit einfacher chronischer Peritonitis und Ascites sind, wenn sie auch blass aussehen, doch gut genährt und bieten einen mehr oder weniger hohen Grad von Euphorie dar, während bei der tuberculösen Peritonitis eine weit grössere Theilnahme des Allgemeinbefindens bemerkbar ist, namentlich zunehmende Macies. Das Auffinden von Tuberkelbacillen im entleerten Serum ist kaum entscheidend, denn die Untersuchung ist schwer und häufig trotz der grössten Bemühungen resultatlos. Fast alle Autoren stimmen darin überein, dass die einfache Form der chronischen Peritonitis hauptsächlich Mädchen betrifft, sehr selten Knaben; in neuester Zeit wird behauptet, dass eine Vulvovaginitis, die ja bei Kindern häufig vorkommt, sich nach oben in den Uterus und weiter durch die Tuben bis zum Peritoneum verbreiten kann. Beweise für diese Behauptung kann *Henoch* nicht beibringen. Ueber die medicamentöse Behandlung der chronischen Peritonitis weiss *Henoch* nicht viel Erfreuliches zu sagen, von den Einwicklungen, Jodpinselungen und selbst der Punction des Bauches hält er nicht viel. Dann bespricht er schliesslich noch die Frage der Laparotomie bei der tuberculösen Form und weist darauf hin, dass *König* diese Operationsmethode dabei jüngst empfohlen und mit Erfolg ausgeführt hat, ohne sich jedoch die Heilung durch diesen Eingriff erklären zu können. *Henoch* glaubt in dieser Frage kein entscheidendes Wort sprechen zu dürfen, neigt aber doch der Ansicht zu, dass vielleicht die Beurtheilung der durch Laparotomie geheilten Fälle von tuberculöser Peritonitis keine ganz einwandsfreie gewesen ist.

H. Levy, Breslau.

253. ***Zur Prophylaxe der Nephritis scarlatinosa.*** *Von Dr.* ***Ziegler***, *Potsdam. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 2.)*

Die günstige Wirkung der Milchnahrung auf den Verlauf der Nephritis veranlasste *Ziegler*, mit dieser Diät von der Therapie zur Prophylaxe überzugehen, in der Hoffnung, dass man beim Scharlach durch die Anwendung derselben von vorneherein das Auftreten der Nephritis vielleicht verhindern könne. Jeder Scharlachkranke wird von ihm auf absolute Milchcur gesetzt, und zwar in den Fällen, in welchen das Allgemeinbefinden gar nicht oder nur wenig gestört ist, vom ersten Tage ab. In schwereren Fällen bedingt meistens schon das ganze Befinden der Kranken, besonders die Anorexie derselben, eine Enthaltung von jeder Nahrung.

Sobald bei ihnen lebhaftere Neigung zur Nahrungsaufnahme hervortritt, wird mit der Milchdiät begonnen. Die Milch wird immer in abgekochtem Zustande gereicht und je nach Bedürfniss mit der Quantität allmälig gestiegen, so dass schliesslich $1^1/_2$—2 Liter, in einzelnen Fällen bei älteren Kindern $2^1/_2$—3 Liter täglich verbraucht werden. Daneben erhalten die Kranken nur noch Zwieback und Semmeln. Diese Diät wird bis an das Ende der dritten Woche der Erkrankung fortgesetzt und von da ab allmälig zu anderer Nahrung übergegangen. An der Hand von Statistiken, die sich auf Scharlachepidemien vor und nach Einführung dieser prophylactischen Massregel beziehen, weist *Ziegler* auf den ungemein günstigen Einfluss der consequent durchgeführten Milchdiät hin und kommt zu dem Schlusse, dass er bei der strengen Anwendung derselben keine eigentliche Nephritis scarlatinosa mehr beobachtet hat. Mit besonderen Schwierigkeiten seitens der Kranken gegen diese Behandlungsmethode hat *Ziegler* nicht zu kämpfen gehabt.

H. Levy, Breslau.

254. ***Verhalten des galvanischen Leitungswiderstandes bei Sclerodermie (Sclerema adultorum).*** *Von Prof. Dr.* ***A. Eulenburg,*** *Berlin. (Neurol. Centralbl. 1892.)*

Zu den bisherigen semiotisch-diognostischen Verwendungen der Elektricität, besonders zum Zwecke der Erregbarkeitsprüfung von Nerven und Muskeln, ist in den letzten Jahren die galvanische Prüfung des Hautwiderstandes in gewissen Krankheitsfällen hinzugetreten; ein Verfahren, das erst durch die wachsende Vervollkommnung der Instrumentarien ermöglicht und praktisch brauchbar gemacht wurde. Von den bisherigen Ergebnissen der Prüfung sind am bekanntesten die Untersuchungen über *Basedow*'sche Krankheit, wobei sich eine — oft sehr beträchtliche — Abnahme des galvanischen Hautwiderstandes als ein zwar nicht constanter und pathognomonischer, aber doch überraschend häufiger Befund herausstellte, wie *R. Vigouroux, Martius*, *Kahler* und Verf. übereinstimmend nachwiesen. Bei anderen Krankheitszuständen sind die Angaben noch vereinzelt und zum Theil widersprechend. So fand *Vigouroux* den Leitungswiderstand bei Hysterischen, auch ohne Vorhandensein von Hemianästhesien, erhöht (von Verf. in einzelnen Stellen bestätigt); *Boccolari* und *Borsari* fanden Erhöhung bei progressiver Paralyse, sowie auch nach epileptischen Anfällen; *Séglas* (und schon früher der Verf. selbst) bei Melancholie, *Tiemann* in einem Falle von Myxödem; bei Hemicranie will *Neftel* eine Widerstandsverminderung auf der leidenden Seite gefunden haben, während Verf. in einzelnen Fällen Erhöhung, in anderen Verminderung constatirte. Da unzweifelhaft überall, wo beträchtliche Normabweichungen in der einen oder anderen Richtung sich finden, die physikalische Beschaffenheit der Haut, nebst deren Durchfeuchtung, Gefässfüllung u. s. w., den massgebenden Factor bildet, so erschien es nicht ohne Interesse, Prüfungen des Leitungswiderstandes gerade in solchen Fällen vorzunehmen, wo es sich um ausgesprochene pathologische, circumscripte oder diffuse Verdickungen des Hautorgans handelt, worüber jedoch (abgesehen von dem vorerwähnten Falle von Myxödem) noch keine Beobachtung vorliegt. — Verf. hatte schon in früheren Jahren in drei Fällen von Sclerodermie, die er

zum Zwecke der Sensibilitätsprüfung genauer untersuchte, Gelegenheit, den sehr grossen Leitungswiderstand der Haut an den sclerematösen Partien wahrzunehmen. Nunmehr hat er bei einer ihn consultirenden Dame mit mässig vorgeschrittenem, besonders an Händen und Vorderarmen diffus entwickeltem Sclerem (ausschliesslich am Oberkörper) den galvanischen Leitungswiderstand an drei aufeinanderfolgenden Tagen wiederholt gemessen, und die sclerematösen und nichtsclerematösen Hautbezirke sowohl unter einander wie auch mit den entsprechenden Bezirken einer zu diesem Zwecke herangezogenen geeigneten Controlperson speciell verglichen.

Die 33jährige kranke Frau hat früher an Chlorose gelitten, seit dem 24. Jahre verheiratet, hat zwei gesunde Kinder (das jüngste im Alter von 2 Jahren), die sie selbst nährte. Sie hat in den letzten Jahren auch zeitweise viel Hand- und Schreibarbeit verrichtet, was von ihr selbst als Ursache des jetzigen Leidens angesehen wird. Das letztere entwickelte sich angeblich seit ungefähr einem Jahre, ziemlich gleichzeitig von beiden Händen ausgehend und mit ziehenden, spannenden und brennenden Empfindungen in denselben beginnend. Ohne dass es zu heftigerem Schmerz kam, wurden allmälig die Finger und Hände starr, unnachgiebig, die Bewegungen erschwert; dabei fiel endlich die ganz veränderte blauröthliche Färbung, die glänzende Beschaffenheit, die Starre und Eiseskälte der Haut auf. Die unzweifelhaft den Charakter der Sclerodermie tragende Hauterkrankung zeigte sich an beiden Händen und Vorderarmen diffus und in fast ganz symmetrischer Verbreitung (links vielleicht noch etwas stärker) entwickelt, die sämmtlichen Finger, Handrücken und Handteller, die Vorderarme an der Dorsal- und Volarseite bis ungefähr zur Grenze des oberen und mittleren Drittels hindurch ziemlich gleichmässig occupirend. Von da ab findet eine mehr fleckweise Ausbreitung statt, besonders an der Volarseite des obersten Vorderarmdrittels, Ellenbogen, innerer Seite des Oberarms, Acromio-Claviculargegend, und in leichtester, wahrscheinlich frischester Entwicklung auch in der seitlichen Halshaut und der Haut der Nasenwurzel- und mittleren Stirngegend. Prüfungen der Hautsensibilität ergaben wie Verf. dies auch in früher untersuchten Fällen gefunden hat, nur äusserst geringe objective Veränderungen, dagegen klagte die Kranke über sehr lästige Gefühle von Brennen bei der warmen Zimmertemperatur und lebhafteren Schmerz in der Kälte; auch bestand für elektrische (galvanische) Hautreizung stellenweise eine ziemlich hochgradige Empfindlichkeit.

Zur Messung der relativen Widerstandsminima an den einzelnen Hautstellen diente eine Batterie von 10 Zink-Kohle-Braunsteinelementen, der für grössere Stationärbatterien jetzt gebräuchlichen Art und ein durch äusserst präcise Einstellung bei Fortfall aller störenden Eigenschwingungen ausgezeichnetes *Hirschmann*'sches Horizontal-Galvanometer mit schwimmendem Anker. Die benutzten Elektroden waren biegsame Bleiplatten mit weicher (Torfmoos-) Füllung; als negative Elektrode diente eine grosse gestielte Bleiplatte vor 200 Qcm. (10 × 20) Querschnitt, die am Rücken unter die Kleidung geschoben und genau anschmiegend erhalten wurde, während die positive Elektrode mit 50 (5 × 10) oder 100 (10 × 10) Qcm. Querschnitt an den einzelnen Untersuchungsstellen localisirt wurde. Die Bestimmung der Widerstände erfolgte durch Substitution, mittelst zweier in den Stromkreis geschalteter *Müller*'scher Rheostaten (von je 45 Contacten, mit Widerstandssummen von 5—85.000 Ohm). In einzelnen Fällen wurde zum Vergleiche auch die neuerdings von *Pascheles* empfohlene Methode der Berechnung nach dem Gesetz der Zweigströme (bei abwechselnder Schaltung des Galvanometers in den Körperkreis und in den Kreis des Vergleichswiderstandes) herangezogen, wobei die Ergebnisse mit verhältnissmässig geringfügigen Differenzen (theilweise nur 20—30 Ohm) wesentlich übereinstimmend ausfielen. — Von einer Bestimmung der absoluten Widerstandsminima, die auch versucht wurde, musste wegen der

überaus grossen Empfindlichkeit für stärkere Batterieströme an den sclerematösen Hautstellen Abstand genommen werden.

Die tabellarische Uebersicht enthält die ermittelten relativen Widerstandsminima für symmetrische, sclerematöse und scleremfreie Hautstellen der rechten und linken Körperhälfte; die correspondirenden, in genau übereinstimmender Weise ermittelten Widerstandswerthe einer gesunden weiblichen Controlperson von gleichem Alter und durchaus normaler Hautbeschaffenheit (linke Körperhälfte) siehe im Original.

Es ergibt sich, dass bei der Patientin gerade an den diffus scleromatösen Hautbezirken die relativen Widerstandsminima wesentlich höhere Zahlenwerthe erreichten, als bei der gesunden Controlperson, während an den leicht und fleckweise erkrankten Stellen und an bisher verschonten Hautbezirken nur sehr viel geringere, unerhebliche Differenzen gefunden wurden und stellenweise sogar die noch unversehrte Haut der Scleremkranken etwas geringeren Leitungswiderstand darbot. Nach diesem Befunde möchte es Verf. als nicht unwahrscheinlich ansehen, dass bei diffus auftretender typischer Sclerodermie an den betreffenden Hautstellen das relative Widerstandsminimum erhöht ist, wofür die Ursache wohl in der physikalischen Beschaffenheit des krankhaft veränderten Integuments zu suchen sein dürfte. Bedenkt man, dass es sich beim Sclerem jedenfalls um eine diffuse Bindegewebserkrankung der Haut mit mehr oder weniger intensiver Betheiligung der übrigen Gewebsbestandtheile, die vielleicht auf einer schweren Circulationsbehinderung (Lymphostase) beruht, handelt, so sind hierin wohl genügende Erklärungsmomente für eine beträchtliche Steigerung des Hautwiderstandes oder vielmehr für die abnorm verminderte Widerstandsabnahme in den sclerodermischen Bezirken gegeben. Beachtenswerth erscheint auch die Thatsache, dass die Steigerung des Hautwiderstandes (oder die mangelhafte Widerstandsabnahme) an den Handtellern trotz der reichlichen Schweisssecretion daselbst am ausgesprochensten war; dies steht in auffälligem Widerspruch mit der beliebten Annahme, dass die bei *Basedow*'scher Krankheit beobachtete Widerstandsverminderung wesentlich auf der Durchfeuchtung der Haut in Folge profuser Schweisssecretion solcher Kranken beruhe. *O. R.*

255. ***Ueber Influenzabronchitis.*** *Von Dr.* ***Max Kahane.*** *(Centralbl. f. klin. Med. 1892. 2. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 11.)*

Kahane hat eine gewisse Gleichartigkeit der Erscheinungen bei einer Reihe von Individuen verschiedenen Alters und verschiedener Constitution beobachtet, so dass ein ziemlich fest umschriebenes Krankheitsbild aus der Zusammenfassung dieser Beobachtungen sich gewinnen liess. Die Erkrankung begann in allen Fällen mit dem Gefühl von Mattigkeit und Abgeschlagenheit, ähnlich wie Coryza. Schüttelfrost wurde nicht beobachtet. Das Fieber dauerte nur 1—3 Tage und war von geringer Intensität. Erscheinungen schwerster, nervöser Prostration waren nicht vorhanden. Ueberhaupt zeigten die Allgemeinerscheinungen kein besonders bedrohliches Auftreten. Charakteristisch war in den von *Kahane* beobachteten Fällen das Verhalten des Respirationstractes. Subjectiv klagten sämmtliche Patienten über ein Gefühl von starker Trocken-

heit des Pharynx, sowie über einen intensiven Hustenreiz. Die einzelnen Hustenattacken begannen fast immer mit starkem Räuspern, worauf eine Reihe kurzer, scharfer und lauter Hustenstösse folgte. Die Attacken waren manchmal so intensiv, dass sie an Pertussisanfälle erinnerten. Expectorirt wurde trotz grosser Anstrengung entweder nichts oder kleine Klümpchen eines sehr zähen weissen oder gelblichen Schleimes, der meist stark mit Speichel gemengt war. Die Auscultation ergab entweder blos verschärftes vesiculäres Athmen oder Rhonchi sonori; über den Unterlappen waren beiderseits ziemlich spärliche, grobblasige Rasselgeräusche zu hören. Nachzutragen wäre noch, dass sämmtliche Patienten nach Ablauf des Fiebers, zum Theile während desselben, über intensives Kältegefühl klagten. Seitens des Digestionstractes bestand in den meisten Fällen Appetitlosigkeit und Neigung zur Obstipation, die jedoch nicht von langer Dauer war. Therapeutisch zeigten die neueren Antipyretica einen relativ geringen Einfluss, während eine mehr localisirte Behandlung der Bronchitis (warme, schleimige Getränke, Inhalationen von Na Cl-Wasserdämpfen, Ol. pumilionis etc.) den Patienten wenigstens einigermassen Linderung verschaffte. Von Narcoticis schien das Codein von einigem Werthe in Dosen von 2—4 Cgrm. pro die.

256. ***Ein unter dem Bilde der tabischen Paralyse verlaufender Fall von Syphilis des Centralnervensystems.*** *Von Dr.* ***M. Brasch****, Berlin. (Neurol. Centralbl. 1891. 16—18. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1892. Januar.)*

Bei den grossen Schwierigkeiten, welchen die Diagnose zwischen progressiver Paralyse und Syphilis des Centralnervensystems bietet, kann man dem Verf. für die Mittheilung des sowohl klinisch als besonders pathologisch, respective mikroskopisch ausserordentlich sorgfältig bearbeiteten Falles nur dankbar sein. Ein 49jähriger Mann, der vor 20 Jahren luetisch inficirt und specifisch behandelt worden war, erkrankte vor einem Jahre mit zunehmender Steifigkeit und Schmerzen in den Beinen, Urin-Stuhlbeschwerden und Erbrechen. Stat. praes. vom 12. März 1890: Schwankender Gang, Starre der unteren Extremitäten, *Romberg*'sches Symptom, Analgesie in den Beinen bei erhaltenem Tastgefühl, Fehlen der Patellarreflexe, Incontinentia urinae. Diagnose: Tabes. Bald darauf traten psychische Störungen auf. Patient wurde schlafsüchtig und unorientirt, verlor das Gedächtniss, benahm sich auffallend, beging Thorheiten in seinem Geschäft und sprach häufig wirr. In der Klinik zeigte er bald darauf ausser den tabetischen Symptomen Sprachstörungen, Pupillendifferenz (L. R.), reflectorische Starre der rechten, träge Reaction in der linken Pupille. Unter steigernder Apathie und Benommenheit trat 14. April nach terminaler Pneumonie der Exit. letalis ein. Die Section ergab: Pachymeningitis spinalis, circumscripta, Septomeningitis spinalis, Hyperämie des Rückenmarkes. Hyperämie und Oedem des Grosshirns. Ein kirschgrosses Gumma im rechten Temporallappen. Im linken Temporallappen ein gänseeigrosser Erweichungsherd, von welchem auch Nucl. caudatus, Nucleus centiformis, Capsula int. und Theile des Thal. opt. ergriffen sind; sowie medial sich daran anschliessend ein taubeneigrosses Gumma. Die eingehende mikroskopische Untersuchung des Hirns und Rückenmarkes (in lückenlosen Schnittserien)

führte zu sehr interessanten Resultaten; diese sind kurz zusammengefasst: Am Rückenmark Verdickung der Pia (Vermehrung der Lamellen und Zellen) und diffuse systemlose Degenerationen in den gesammten Fasersystemen; nur im Dorsalmark besondere Erkrankung der *Burdach*'schen und *Gall*'schen Stränge. Ausserdem im unteren Dorsalmark erhebliche Configurationsanomalien der grauen Substanz; im oberen Dorsalmark eine Heterotopie der grauen Substanz neben Formveränderungen der grauen Vorderhörner. Die vorderen und hinteren Wurzeln nehmen bald mehr, bald weniger an der Erkrankung Theil. In der Medulla oblongata setzt sich die Erkrankung der Fasersysteme fort. Die Kerne fast alle mehr oder weniger degenerirt. Im Mittelhirne zahlreiche Erweichungsherde und Blutungen. In der Grosshirnrinde bald diffuse, bald herdförmige Vermehrung der Neuroglia. Die Markscheiden beider Nervi optici degenerirt. Ebenso wie die Spinalarterien zeigten auch die Hirngefässe theilweise bedeutende Verdickungen. Bei den Artt. vertebrales und basilaris fanden sich durch Rundzelleninfiltration bedingte stecknadelkopfgrosse Auftreibungen der Adventitia und in der Intima der A. vertebralis sin. kleine Neubildungen gummöser Natur. Die Heterotopien im Rückenmark ist Verf. geneigt, als schwächendes Moment anzusehen, welches die Localisirung der Lues im Rückenmarke begünstigte.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

257. ***Zur Prophylaxe gegen die Influenza.*** *Von* **Ollivier** *und* **Vallin**. *Sitzung der Académie de méd. vom 2. Febr. 1892. (München. med. Wochenschr. 1892. 7.)*

Zur Prophylaxe gegen die Influenza hält es *Ollivier* vor Allem für gut, sich vor feuchter Kälte zu hüten, ferner sich gut ohne Uebermass zu nähren und Nachts möglichst wenig auszugehen, auch zeitweise warme, kräftige Getränke zu nehmen; ausserdem gäbe es aber im Leberthran noch ein vorzügliches Prophylacticum. Bei der Epidemie von 1890 liess *Ollivier* 30 Kinder denselben regelmässig nehmen und keines davon ward von Influenza befallen im Gegensatz zu ihren Geschwistern, die davon nicht nahmen; dieselbe Erfahrung habe er an Erwachsenen und auch alten Leuten gemacht. Bei der gegenwärtigen Epidemie bekam nur einer von all jenen, welche regelmässig Leberthran nahmen, die Grippe, und zwar in sehr milder Form. Mitten während der Mahlzeit genommen — bei Kindern 1—4 Kaffeelöffel, Erwachsenen 2—3 Esslöffel — würde der Leberthran immer sehr gut vertragen, ohne Uebelkeit oder Erbrechen zu erregen. In der darauffolgenden Discussion bemerkt *Vallin:* Wohl das beste Prophylacticum gegen alle Infectionskrankheiten und speciell Influenza ist die Antisepsis des Mundes und Rachens; denn dies sind die Aufnahmestätten der tödtlichen Keime, die unter dem Einfluss einer Erosion oder einer Schwächung des Organismus eine Allgemeininfection abgeben können, ausserdem aber, verschluckt und verdaut, meist unschädlich sind. Wie man im Munde gesunder Kinder oft den Diphtheriebacillus *(Roux* und

Yersin), in anderen Fällen den Pneumococcus und Erysipelbacillus findet, so ist es wahrscheinlich auch mit dem Keim der Influenza. Umsomehr ist die Antisepsis der Mundhöhle angezeigt, wenn diese herrscht; es genügen dazu zweimal täglich Waschungen mit Wässern, welche Canellentinctur, Citronenessenz oder Naphthol enthalten.

258. ***Benzol in der Behandlung der Influenza und der Complicationen: Pneumonie etc.*** *Von* ***William Robertson.*** *(Brit. med. Journ. 1893. Januar. — Ther. Monatsh. 1892. Februar.)*

259. ***Ueber die Behandlung der Influenza.*** *Von* ***Francis Taylor Simsòn,*** *London. (Ibidem.)*

Robertson empfiehlt Benzol in Dosen von 3 Tropfen für Kinder, von 5 Tropfen für Erwachsene 2—3stündlich. Ungefähr zwei Stunden nach der ersten Gabe sollen Kopf- und Rückenschmerzen und nach ungefähr sechs Stunden auch das Fieber verschwunden sein, um nicht zurückzukehren. Gleichzeitig lassen die übrigen Symptome nach. Die Medication soll noch drei oder vier Tage nach dem Schwinden aller Symptome fortgesetzt werden. Nachtheile hat *Robertson* bei dieser Behandlung nie beobachtet.

Simson, welcher die günstige Wirkung der Carbolsäure an sich selbst erfahren hat, hat dieselbe jetzt bei vielen hunderten von Fällen, darunter Kinder und Greise, angewendet und zieht dieses Mittel allen anderen, auch dem Chinin vor. Die Dosis beträgt 2 Tropfen dreimal täglich, in schweren Fällen vierstündlich. Die Temperatur fällt häufig, auch in schweren Fällen, innerhalb 24 Stunden bis auf die Norm. Es soll schnell vollkommene Heilung eintreten. Nachkrankheiten wurden in keinem Falle beobachtet. Grossen Werth legt *Simson* auf Bettruhe, gleichmässige warme Temperatur und Schlaf, den er eventuell durch Darreichung von *Dower*'schem Pulver herbeiführt, sowie auf eine kräftigende Ernährung (Beefsteak, Geflügel, Wild, Fische, Austern), auch trotz des Widerwillens des Patienten gegen Speise. Ausserdem gibt *Simson* als Stimulans Brandy mit Sodawasser und Champagner.

260. ***Zur Werthschätzung der Phosphorbehandlung bei Rhachitis.*** *Von Prof.* ***R. Demme,*** *Bern. 28. Jahresbericht von Prof. Demme. (Ther. Monatsh. 1892. Februar.)*

Ein Fall von Infraction und auch theilweise completer Fractur der Mehrzahl der grossen Knochen der Extremitäten in Folge heftiger eclamptischer Zufälle bei einem an Rhachitis leidenden, 20 Monate alten Knaben, der in therapeutischer Beziehung Interesse darbietet. Da der Patient sofort nach dem Eintritt dieser Knochenbeschädigung in Behandlung trat, wurde versucht, durch Anlage paraffinirter Cartonkapseln die Rectificirung der Stellung der Extremitätenknochen vorzunehmen und dadurch eine bleibende Deformität derselben zu vermeiden. Wochenlang lagen die Extremitäten in diesen Kapseln. Doch die Fracturstellen blieben weich. An die Stelle der allgemeinen eclamptischen Zufälle waren jetzt häufige Anfälle von Spasmus glottidis getreten. Die Untersuchung des Schädeldaches ergab das Bestehen von ausgedehnter Craniotabes. *Demme* ging nun, trotz Vorhandensein von Verdauungsstörungen, zur Phosphorbehandlung nach *Kassowitz* über. Patient erhielt von einer Lösung von Phosphor 0·01 in Oleum olivarum recent. 10·0

täglich 10 Tropfen in einigen Löffeln warmer Milch. Er vertrug diese Medication gut, dabei hörte auch die Diarrhoe auf. 14—18 Tage später waren die Anfälle von Spasmus glottidis verschwunden. Von der Craniotabes war nur wenig mehr zu erkennen; die Fracturstellen der Extremitäten boten eine befriedigende Callusbildung und Festigkeit dar. Nach weiteren sechs Wochen der Phosphorbehandlung konnte Patient als geheilt entlassen werden. Ein Recidiv der Rhachitis trat nicht ein. Nach einer vieljährigen Prüfung ist *Demme* zu der Ueberzeugung gelangt, dass gerade bei den schweren und complicirten Formen rhachitischer Erkrankung die Phosphorbehandlung von grossem Werthe ist und mehr als die übrigen bis jetzt dagegen empfohlenen Behandlungsmethoden leistet.

261. ***Das Pental als Anästheticum.*** *Weitere Mittheilungen von Prof.* ***Hollaender,*** *Halle a. S. (Sep.-Abdruck. 1892.)*

In seiner ersten Veröffentlichung über das Pental hatte *Hollaender* besonders hervorgehoben, dass bei der Narcose in den meisten Fällen weder das Bewusstsein, noch die Willensthätigkeit vollständig aufgehoben sei. Nach dessen weiteren Erfahrungen ist dies jedoch nur dann der Fall, wenn die Narcose nicht tief genug ist, wobei sie aber immerhin für kurz dauernde Eingriffe, wie für die Extraction von 3—4 Zähnen ausreichen kann. Bei sehr tiefer Narcose ist das Bewusstsein vollständig geschwunden und die Willensthätigkeit in vielen Fällen vollkommen aufgehoben, so dass die Patienten selbst auf starkes Anrufen den Mund nicht mehr öffnen, ja sogar die Kiefer fest zusammenbeissen. Doch öffnet sich, wenn man etwas zögert, der Mund sehr bald von selbst, da hier von einem krampfartigen Zusammenziehen der Kaumuskeln, wie es fast stets der Bromäther erzeugt, nicht die Rede sein kann. Aber gerade dadurch, dass eine vollständige Narcose für kurzdauernde Operationen nicht abgewartet zu werden braucht, unterscheidet sich das Pental ebenfalls sehr vortheilhaft von Bromäther und Chloroform. Beim ersten lässt sich in einer unvollständigen Narcose keine Operation beginnen, während beim Chloroform eine nicht ganz vollständige Betäubung die gefährlichsten Zufälle, ja den Tod im Gefolge haben kann. Zu einer ausreichenden Betäubung benöthigte *Hollaender* in der letzten Zeit häufig nur noch 5—8 Ccm. Mitunter begann die Narcose nach 40—45 Secunden, und brauchte es häufig 1—3 Minuten bis zur Bewusstlosigkeit des Patienten. In fast allen Fällen bleibt der Cornealreflex sehr lange erhalten. Meist stellt sich beim Eintritt der Narcose eine sichtbare Gleichgiltigkeit oder eine Art ruhiger Schlaf ein, während einige Personen mit weit geöffneten Augenlidern theilnahmslos gerade aus starren, andere plötzlich die Füsse nach vorn strecken, wobei sie den Kopf etwas nach hintenüber neigen. Das Wohlbefinden nach dem stets nur ganz allmälig eintretenden Erwachen betont *Hollaender* insbesondere. Nur Einige behaupten, noch kurze Zeit nachher eine geringe Schwäche in den Knien oder in den Füssen zu fühlen, die jedoch schon nach 2—3 Minuten vollständig schwindet. Dabei lässt sich das Pental viel angenehmer einathmen als der Bromäther. Auf der medicinischen Poliklinik unter Professor *v. Mering* wurde das Pental auch bei mehreren Potatoren mit gutem Erfolge verabreicht, ohne dass erhebliche Erregung eintrat. Freilich verursacht

die Technik der Anwendung in der ersten Zeit gewisse Schwierigkeiten. Um ein langsames und ruhiges Einathmen zu erreichen, darf der Kautschukballon des *Junker*'schen Apparates nur leicht und nicht zu schnell hintereinander, etwa fünfzigmal in der Minute, gedrückt werden. Dadurch gelangen die Dämpfe nur allmälig in den Mund und in die Nase und von dort leicht in die Lungen. In neuester Zeit rathet Verf. Personen, die sich sehr ängstlich geberden, anstatt zu athmen, recht stark in das Mundstück hineinzublasen. Der ziemlich kräftigen Exspiration folgt dann stets eine sehr tiefe Inspiration und die Einathmung geht sehr gut von statten. *O. R.*

262. ***Ueber acuten Jodismus.*** *Von Dr. Leonhard Kessler. (St. Petersburg. med. Wochenschr. 1891. 27. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 14.)*

Man hat mehrfach versucht, das Auftreten des Jodismus durch gleichzeitige Einverleibung anderer Mittel zu verhindern oder abzuschwächen; aber weder *Aubert's* gleichzeitige Verabreichung von Belladonna, noch diejenige des Atropin, der Sol. Fowleri, des Bromkali haben sich wirksam erwiesen. Gemildert scheinen die Beschwerden aufzutreten, wenn man das Jodkali in viel Milch nehmen lässt; wahrscheinlich beruht diese Thatsache aber darauf, dass bei Einführung von viel Flüssigkeit auch eine vermehrte Diurese und damit eine schnellere Elimination des Jodkali durch den Urin veranlasst wird. Was ist aber nun die Ursache der Entstehung des Jodismus? *Röhmann* und *Malachowski* nehmen an, dass Jod aus dem Jodkali im Körper durch Abspaltung frei gemacht werde, und zwar durch die Einwirkung von Nitriten bei Gegenwart von Kohlensäure. Beide sind im Organismus vorhanden: die Nitrite bilden sich aus den eingeführten salpetersauren Salzen; Kohlensäure ist bei allen Menschen in allen Geweben vorhanden. Wenn trotzdem das im Speichel ausgeschiedene Jodkali unter normalen Verhältnissen nicht zersetzt wird, so geschieht das deshalb, weil der Speichel alkalisch reagirt; wird er dagegen angesäuert, so wird in der That Jod frei. Auf Grund dieser Thatsachen kamen *Röhmann* und *Malachowski* zu dem Schlusse, dass im menschlichen Körper eine Abspaltung von Jod unter dem Einflusse der Nitrite und der Kohlensäure nur dann eintreten könne, wenn am Orte der Zersetzung kein Alkali vorhanden ist. Zur Bekämpfung des Jodismus konnten nur drei Wege in Aussicht genommen werden: 1. das bereits abgespaltene Jod wieder zu binden; 2. die salpetrige Säure zu beseitigen in dem Augenblicke, wo sie aus ihren Salzen durch die Kohlensäure in Freiheit gesetzt wird; 3. die Entstehung freier salpetriger Säure zu verhindern, indem man die nicht alkalische Reaction auf den betreffenden Schleimhäuten in eine alkalische umwandelt. In der That gelingt es durch 5—6 Grm. Natr. bicarb. zweimal in 24 Stunden gereicht, nachdem bereits Schnupfen und Stirnkopfschmerz eingetreten, Jodismus also bereits vorhanden war, sicher innerhalb weniger Stunden stärkere Beschwerden bedeutend zu lindern und leichtere vollständig zu beseitigen, auch wenn das Jodkalium weiter gereicht wurde. Um zu ermitteln, ob die gleichzeitige Verabreichung von Jodkalium und Natr. bicarb. den Ausbruch des Jodismus verhindern könne, wurde einer Reihe von Patienten dreimal täglich $^1/_3$—1 Grm. Jodkali

und unmittelbar hinterher 4·0 Natr. bicarb. verabreicht. In 50% der Fälle traten zur normalen Zeit, d. h. in den ersten 36 Stunden nach Beginn des Jodkaligebrauches, Reizerscheinungen ein, aber in sehr abgeschwächter und gemilderter Form, bei sieben Personen aber erst am 4. bis 5. Tage, so dass man sehr wohl das Natr. bicarb. als Antidot oder als Vorbeugungsmittel zur weiteren Prüfung empfehlen kann. Auffällig ist es, dass im Allgemeinen eine absolute Idiosyncrasie gegen Jodkali ganz ausserordentlich selten angetroffen wird; vielmehr dürfen dem Jodismus verfallene Individuen Jod wieder weiter gebrauchen, wenn sie erst einmal glücklich die durch die ersten Gaben herbeigeführten Reizstadien überstanden haben.

263. ***Injection von Campheröl bei Phthise.*** *Von Dr.* ***H. Huchard*** *und Dr.* ***R. Faure Miller.*** *(Bull. général de thér. 1891. — Memorabilien. 1892, pag. 103.)*

Seit Mitte des Jahres 1891 werden oft bei Herzaffectionen, bei adynamischen Krankheiten, bei acuten und chronischen Lungenaffectionen und insbesondere bei der Lungenphthise Injectionen mit Campheröl angewendet. Die angewendete Dosis ist nach folgender Formel:

Rp. *Ol. olivar. pur steril.* *100·0.*
Camph. *25·0.*

Alle zwei Tage eine volle Spritze zweimal täglich, oder jeden Tag zweimal den Inhalt einer *Pravaz*'schen Spritze tief unter die Haut zu injiciren. Später wollten Verff. Guajacol und Jodoform hinzufügen, doch mussten sie die Injectionen wegen ihrer Schmerzhaftigkeit aufgeben. Es wurden auf diese Weise 27 Kranke behandelt; die allgemeinen Resultate sind folgende: Die Injectionen verursachen keinen Schmerz, in keinem Falle traten Schorfe oder Abscesse auf. Die Erfolge sind manchmal beinahe unmittelbare, am häufigsten tardive. Bei beinahe allen Kranken war die Nacht nach der ersten Injection durch einen tiefen Schlaf charakterisirt; die folgenden Nächte waren ebenfalls gut. Die Schlaflosigkeit kehrte häufig zurück, wenn man mit den Injectionen aufhörte. Der zweite Erfolg war die Unterdrückung der Schweisse in drei Viertel der Fälle. Nur ein Kranker schwitzte mehr nach der Injection. Der Appetit kehrte in der Hälfte der Fälle zurück, ebenso wurde die Verdauung besser. Nie wurden Verdauungsstörungen beobachtet. Bei 6 Kranken trat rasch Besserung des Allgemeinzustandes ein, besonders war dies auffällig bei einem Kranken mit Cavernen in beiden Lungen und beträchtlicher Abmagerung und Schwäche. In 10 oder 12 Fällen war Abfall der Temperatur, welche jedoch nicht immer regelmässig eintritt

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

264. ***Sarcome de l'ovaire. Castration unilatérale. Grossesse gemellaire consecutive.*** *Von* ***Routier.*** *(La méd. moderne. 1890. Dec.)*

In der Société de chirurgie theilte *Routier* während der Discussion über die einseitige Castration den jüngsten von ihm operirten sehr lehrreichen Fall mit. Frau D., 35 Jahre alt, war

immer gesund, hat dreimal regelmässig geboren, das letztemal vor 13 Jahren. Vor 7 Jahren stellten sich periodisch Beschwerden während der Menses ein, Schmerzen im Abdomen gegen das Perineum ausstrahlend. Die Menstruation wurde aber dann wieder ohne jede Medication normal. Vor 4 Jahren begann das Abdomen rasch sich zu vergrössern. Der behandelnde Arzt vermuthete einen Ascites und verordnete Diuretica, weil die Bauchwand und die unteren Extremitäten ödematös waren. Auf eine eingeleitete Milchdiät schwanden alle krankhaften Erscheinungen. Seit 2 Jahren besteht ein leichter Icterus. Im Monat August 1890 hatte Pat. nach einer zweimonatlichen Menopause heftige Blutungen, zu gleicher Zeit traten in beiden Leisten Drüsenschwellungen auf. Am 7. October sah *Routier* die Pat. zum erstenmale und constatirte eine unsymmetrische Vergrösserung des Unterleibes. Die Hervorwölbung betraf die rechte Seite und war hervorgerufen durch einen deutlich fühlbaren Tumor. Derselbe war glatt, resistent, zeigte undeutliche Fluctuation und dumpfe Percussion, die nach oben rechts bis an die Leber, nach links über die Medianlinie etc. reichte, Uterus von normaler Grösse, weich, mit dem Tumor nicht beweglich. Das linke Ovarium ist leicht zu touchiren, das rechte dagegen ist nicht zu erreichen. Von Adenitiden, die Pat. gehabt haben soll, ist nichts zu finden. Es wurde eine mehrkammerige Cyste im rechten Ovarium diagnosticirt. Am 11. October 1890 wurde die Laparotomie vorgenommen. Die Operation war durch locale pathologische Veränderung äusserst schwierig und wir wollen die ganze Ausführung nicht genau schildern. Die Operation förderte das rechte degenerirte Ovarium zu Tage, welches mit dem Uterus durch einen fleischigen derben Strang verbunden war. Das linke Ovarium, Trompeten etc. waren gesund. Der abgetragene Tumor hatte einen Durchmesser von 27 Cm., das Aussehen eines Sarcoms, welches eine grosse Zahl von mit käsig-tuberculösen Massen gefüllte Cysten enthielt. Der Wundverlauf war ein normaler. Pat. wurde am 6. December mit einer noch nicht ganz vernarbten, oberflächlichen Bauchwunde entlassen. Am 30. Juli 1891 theilte Pat. dem Autor mit, dass sie gesund sei. Am 16. November kam Pat. mit mündlicher Mittheilung, dass sie Zwillinge geboren habe, und zwar ein gesundes, kräftiges Mädchen und dann einen durch Strangulation der Nabelschnur todtgeborenen Knaben. Die Mutter stillt das Kind selbst und erfreut sich einer vorzüglichen Gesundheit. Die Schlussfolgerungen *Routier's* aus diesem Falle sind die allgemein bekannten Gesichtspunkte, nämlich, dass bei einem Neoplasma in einem Ovarium nur das Kranke mit voller Schonung des Gesunden entfernt werden soll.

Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

265. ***Ueber einen Fall von geheiltem Hirnabscess.*** *Von Dr.* **Ledderhose**. *(Deutsch. med. Wochenschr. 1891, 32, pag. 965. — Centralbl. f. Chir. 1892. 4.)*

Ledderhose theilt einen Fall von Hirnabscess mit, bei dem die gewöhnlichen Symptome: Fieber, Appetitstörungen, intracranielle Druckerhöhung, fehlen und nur Krämpfe im Gebiete des Facialis und Hypoglossus der entgegengesetzten Seite vorhanden waren. Die Krampfanfälle hatten sich einmal am 7. Tage nach der Verletzung gezeigt, waren aber dann erst nach Verlauf von 2 Jahren

wieder aufgetreten und gaben Veranlassung zur Operation: Trepanation mit Drainage eines etwa einen Theelöffel Eiter enthaltenden Abscesses. Die Heilung erfolgte in kurzer Zeit und ist noch nach einjähriger Beobachtung constatirt. — Da der Hirnabscess gar keine anderen Symptome gemacht hatte, will *Ledderhose*, dass man bei Fällen alter Schädelverletzungen mit epileptischen Anfällen sich nie auf Narbenexcision der Haut und der Knochen beschränke, sondern immer die Hirnoberfläche inspicire und dann nach einer Veränderung der betreffenden motorischen Region fahnde, um die Excision der Hirnnarbe, respective die Incision des Abscesses anzuschliessen.

266. ***Ueber Nierenretention.*** *Von Dr.* **Guyon.** *(Annal. des mal. de org. gén.-ur. 1891. Bd. IX. 9. — Pest. med.-chir. Presse. 1891. 6.)*

Verf. definirt die „Nierenretention" als eine complete oder incomplete, temporäre oder permanente Ausdehnung der Nierencavitäten und der Nierensubstanz selbst durch eine Flüssigkeit, deren Natur verschieden sein kann. In einigen Fällen ist es eine mehr oder weniger urinöse Flüssigkeit, in den meisten wirklicher Eiter. Bei 24 Nephrotomien hat Verf. nur einmal eine vollkommen klare aseptische Flüssigkeit gefunden; in 2 Fällen handelte es sich um ein Gemisch von Urin und Eiter; in den 21 übrigen Fällen fand sich reichlicher septischer Eiter. Vier Fälle von intermittirender Nierenretention ergaben vollkommen klare, aseptische Flüssigkeit. In allen Fällen von Nierenretention ist die Nierenfunction schwer geschädigt. Die abgesonderte Harnmenge ist ausserordentlich gering. Schliesslich kommt es zu einer vollkommenen Unterdrückung der Nierenfunction. Durch Resorption der abgesonderten Flüssigkeit wird bei vollkommen aseptischer Nierenretention die zunächst entstehende Geschwulst allmälig wieder kleiner und kann zu einer vollkommenen Nierenschrumpfung führen. Diese letztere Thatsache ist von praktischer Wichtigkeit bei der zufälligen Verletzung eines Ureters in Folge einer schwierigen Laparotomie; denn hier kann durch eine Unterbindung des Ureters eine vollkommene aseptische Nierenretention erzeugt werden. Ebenso wie bei den Blasenretentionen ist auch bei den Nierenretentionen zu unterscheiden zwischen vollständiger und unvollständiger Retention. Die letztere entwickelt sich fast nie in acuter Weise, sie braucht lange Zeit zu ihrer Ausbildung und erzeugt dann eventuell ausserordentlich grosse Geschwülste, wie wir sie bei der Pyonephrose finden. Die Unterschiede in der Aetiologie, pathologischen Anatomie und in dem Verlaufe einer Hydronephrose und Pyonephrose sind so grosse, dass es nicht gerechtfertigt erscheint, die beiden Affectionen in einem Capitel abzuhandeln, wie dies früher *Simon* und jüngst *Küster* gethan haben. Es kommen freilich Fälle vor, die man als Uebergangsformen betrachten könnte, Fälle, die einestheils zur Pyonephrose zählen, weil sie inficirte Personen betrifft, deren Urin zahlreiche Eiterkörperchen enthält, anderentheils aber der Hydronephrose zugerechnet werden müssen, weil die Retention eine acute und vorübergehende ist. Man kann derartige Formen als Uropyonephrose bezeichnen. Die objectiven Symptome der Nierenretention sind der Hauptsache nach dieselben, wie bei jeder anderen Nierengeschwulst. Bemerkenswerth ist nur das häufige

Fehlen von wirklicher Fluctuation oder selbst Spannung; am häufigsten finden sich diese Symptome noch bei der Hydronephrose. Besonders bemerkenswerth sind die Schwankungen im Volumen der Geschwulst. Die aseptischen Nierenretentionen haben fast nie Fieber im Gefolge, während dies bei der Pyonephrose die Regel ist. Schmerz ist bei jeder Nierenretention vorhanden; er ist meist stärker bei der aseptischen Nierenretention, weil diese häufiger als eine acute complete Retention auftritt. Der Schmerz hängt nicht von der Beschaffenheit der Flüssigkeit, sondern von dem Grade der Ausdehnung ab; so sind auch ganz besonders die intermittirenden Retentionen, die rasch auftreten und ebenso rasch wieder verschwinden, von Schmerzen begleitet. Bei der aseptischen Retention sowohl wie bei der septischen ist die Urinmenge vermindert.

267. ***Ueber Wege des chirurgischen Eindringens in das Mediastinum posticum.*** *Von* **Quénu** *und* **Hartmann.** *(Bull. et mém de la soc. de chir. de Paris. T. XVII, pag. 82. — Centralbl. f. Chir. 1892. 6.)*

Die Chirurgie der letzten Decennien hat manche früher unausführbar scheinende Operation möglich gemacht. Gestützt auf Untersuchungen an der Leiche, suchen die Verff. dem Chirurgen einen Weg zu bahnen zur Behandlung der im Mediastinum posticum sich abspielenden chirurgischen Affectionen. Nicht unmittelbar neben der Wirbelsäule rathen sie vorzudringen, da das Vorspringen der Wirbelkörper die Aorta und die Speiseröhre zu weit nach vorn verlagert, sondern weiter seitwärts in der Höhe der Rippenwinkel. Ein 16 Cm. langer, über sie hinweglaufender Schnitt, dessen Mitte ungefähr der Höhe der Spina scapulae entspricht oder noch besser ein wenig unterhalb derselben liegt, durchtrennt die Weichtheile zwischen medianem Schulterblattrande und der Dornfortsatzlinie. Der Musculus trapezius wird nach innen oben verzogen und geschont, höchstens werden wenige Fasern von ihm durchtrennt; man durchschneidet den Rhomboideus und dringt nach aussen von der Masse des Musculus sacrolumbalis, der unberührt bleibt, auf die Rippen vor und resecirt aus der 3., 4. und 5. Rippe je ein circa 2 Cm. langes Stück subperiostal. Löst man jetzt die Pleura costalis stumpf ab, so dringt die Hand leicht in das Mediastinum posticum ein, und man kann den Hilus der Lunge, die Aorta und den Oesophagus von der Wurzel der Bronchien an bis zum Zwerchfell übersehen. Eine Eröffnung der Pleurahöhle würde auch einen Zugang zu Erkrankungsherden der Lungenspitzen oder interlobären Eiteransammlungen schaffen. Trotz der rechtsseitigen Lage der Speiseröhre erfordert das anatomische Verhalten der Pleura costalis ihre Freilegung von einem linksseitigen Schnitte aus. Während nämlich das linke Pleurablatt, wie Querschnitte durch gefrorene Leichen zeigen, fast continuirlich von den Rippen auf das Mediastinum posticum übergeht, senkt sich das rechte zwischen Wirbelsäule und Oesophagus tief ein, überschreitet die Medianlinie nach links hin, bildet einen bis zum rechten Seitenrand der Aorta thoracica reichenden Blindsack und bedeckt dann die Rückenfläche der Speiseröhre, ehe es zum Mediastinum posticum umbiegt. Diese anatomischen Verhältnisse fanden die Verff. bisher nirgends beschrieben, wohl

aber im *Braune*'schen topographischen Atlas von 1887 abgebildet. Klinische Erfahrungen über die Verwerthung ihrer anatomischen Untersuchungen stehen den Verff. bisher nicht zur Verfügung. Sie hoffen indess, dass auf dem von ihnen gezeigten Wege sich ein Zugang für operative Eingriffe schaffen lässt zur Eröffnung mediastinaler Abscesse, zur Beseitigung von die Bronchien oder den Oesophagus comprimirenden Drüsengeschwülsten, zur Behandlung einiger Erkrankungen der Speiseröhre selbst, insbesondere zur Entfernung von Fremdkörpern aus derselben. Die Exstirpation eines intrathoracal entwickelten Oesophaguscarcinoms halten sie selbst höchstens bei sehr enger Begrenzung der Neubildung für ausführbar, da, wie ihre Leichenversuche zeigten, sich die beiden Stümpfe des Oesophagus nach Resection eines Stückes aus demselben nur sehr wenig einander nähern lassen.

268. ***Lymphatische Leukämie, malignes Lymphosarcom oder einfach entzündliche multiple Drüsenschwellungen?*** *Von Dr.* ***A. Köhler.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 6.)*

32 Jahre alter, bis vor einem Jahre gesunder Mann. Damals, angeblich nach einem Fliegenstich am linken Handrücken, Schwellung des linken Armes und schnell zunehmende Schwellung der Hals- und Achseldrüsen. Ende Juli 1890 aufgenommen, zeigte er ganz enorme Drüsenschwellungen an beiden Halsseiten, so dass man jeden Tag auf die Tracheotomie gefasst war. In beiden Achselhöhlen lagen faustgrosse Tumoren, der linke Arm war stark geschwollen, der Handrücken bretthart. Die Drüsen in der linken Achselhöhle wurden von Oberstabsarzt *Köhler* exstirpirt bis auf einen geringen Rest; die pathologisch-anatomische Untersuchung derselben ergab Lymphosarcom. Da sich bei der Untersuchung des Blutes eine, wenn auch nicht beträchtliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen gefunden hatte, wurde das weitere Fortschreiten des Processes unter Jodkaligebrauch und Schwefelbädern abgewartet. Wider Erwarten trat keine Verschlimmerung, sondern ein so rapides Schwinden der Geschwülste ein, dass nach 6 Wochen fast nichts mehr zu fühlen war; der Patient wurde, frei von Beschwerden, entlassen. Fast ein Jahr später, am 9. September v. J., wurde er wieder aufgenommen, dieses Mal mit grossen Drüsentumoren in beiden Leisten und im Becken, welche sich in kaum 8 Tagen entwickelt haben sollen. Fieber besteht erst in geringem Grade, seitdem sich die Schwellung in der rechten Leiste geröthet hat und weicher geworden ist. Die Milz ist nicht palpabel, nicht nachweislich vergrössert, die Blutuntersuchung ergibt wieder eine deutliche, aber nicht beträchtliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Dabei ist das Allgemeinbefinden ungestört, der Appetit gut; der Patient kann trotz des starken Stauungsödems beider Beine umhergehen. Merkwürdig ist in diesem Falle das Entstehen der multiplen Drüsenschwellungen am Halse und in den Achselhöhlen nach einem Fliegenstich am linken Handrücken mit harter, nicht vereiternder Schwellung des linken Armes; ferner das spontane Schwinden, Resorbirtwerden der Geschwülste in kurzer Zeit; ferner das Auftreten analoger Tumoren an der unteren Rumpfhälfte ein Jahr später und die geringe Betheiligung des Allgemeinbefindens. Die geringe Vermehrung der weissen Blutkörperchen, das spontane

Zurückgehen der Tumoren vor einem Jahre, das gute Allgemeinbefinden sprechen sowohl gegen die Annahme einer lymphatischen Leukämie, als auch gegen die Annahme, dass es sich hier um malignes Lymphom, um die *Hodgkin*'sche Krankheit handle. Die mikroskopische Untersuchung eines exstirpirten Stückes hat, wie die Untersuchung im vorigen Jahre zeigt, in diesem Falle wenig Werth. In den letzten Tagen hat Patient über heftige Schmerzen in der rechten Lendengegend geklagt; vielleicht handelt es sich um Compression des rechten Ureters. Im Uebrigen scheint es, als ob auch dieses Mal die Lymphome schon etwas kleiner geworden wären.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

269. ***Zur Prophylaxis der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.*** *Von Dr.* ***Paul Brisken.*** *Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S. (München. med. Wochenschr. 1892. 5.)*

Die Grundanschauungen, von denen *Kaltenbach* bei der Empfehlung seiner Methode — Unschädlichmachung der Gonococcen gleich im Beginn der Geburt durch desinficirende Ausspülungen des Genitalrohres, mechanische Entfernung derselben durch Abwaschen der Augenlider mit destillirtem Wasser — ausging, haben sich nach *Brisken* als durchaus richtig erwiesen. Die Methode *Kaltenbach's*, welche in Giessen so vortreffliche Resultate erzielte, ist derzeit auch in Halle eingeführt und hat sich dieselbe auch dort vorzüglich bewährt. Zur grössten Ueberraschung kamen Anfangs freilich in Halle vereinzelte Misserfolge vor, deren Ursache aufzudecken nicht ohne Interesse sein dürfte. Zunächst war übersehen, dass sich das Material der Hallenser Klinik von dem der Giessener wesentlich unterscheidet. Während nämlich in letzterer Anstalt fast alle Gebärende schon längere Zeit vor ihrer Niederkunft als Hausschwangere Aufnahme gefunden hatten und gleich von Beginn der Geburt ab beobachtet wurden, kamen in Halle viele Frauen kreissend, oft schon mit tiefstehendem Kopfe oder gar nach Ausstossung des Kindes als sogenannte Strassengeburten in die Anstalt. In diesen Fällen kam demnach das Verfahren entweder nicht voll zur Anwendung, da der tiefstehende Kopf es verhinderte, die im Cervicalcanale und dem Scheidengewölbe befindlichen Keime unschädlich zu machen. Bei den Gassengeburten aber fiel der erste Theil der Methode, die desinficirende Ausspülung, vollständig weg und wurde nur die mechanische Reinigung der Augen vorgenommen. Es blieb also die Ausführung der prophylactischen Massregeln eine lückenhafte. Für solche Fälle kann also das *Kaltenbach*'sche Verfahren nicht verantwortlich gemacht werden, da es gar nicht voll zur Anwendung kam. Einzelne weitere Misserfolge fanden ihre Erklärung im Wechsel des Personals. Es bedurfte einiger unangenehmer Erfahrungen, um dasselbe zu einer recht stricten Durchführung aller Cautelen heranzuziehen. Bei genauerer Durchsicht der zur Beobachtung gekommenen Erkrankungsfälle liess sich ferner nachweisen, dass begünstigende Momente für das mechanische Zustandekommen einer Infection vorhanden waren. Unter diesen begünstigenden Momenten spielen protrahirte

Geburten eine Hauptrolle, da durch sie eine länger dauernde und intensivere Berührung des kindlichen Auges mit den Krankheitskeimen gerade an den ringförmigen Verengerungen des Genitalcanales stattfindet, die als Lieblingssitz der Gonococcen bekannt sind. Noch erhöht wird ferner die Infectionsgefahr durch frühzeitigen Blasensprung, insbesondere bei rigiden Weichtheilen. Denn dann setzt der Muttermundsrand dem durchtretenden Kopfe einen grossen Widerstand entgegen. Derselbe tritt langsam durch den der schützenden Eihäute entbehrenden Ring hindurch, und dabei kommt es leicht zu einem Umstülpen der Augenlider und zum Eindringen der Krankheitserreger. Viele Ophthalmoblennorrhoen sind indess nicht auf primäre Ansteckung unter der Geburt, sondern auf spätere Infection von der eigenen Mutter oder durch Uebertragung von anderen Kindern aus zurückzuführen. Besonders bei den in Kliniken früher häufig beobachteten Massenerkrankungen handelte es sich sicher nicht um gehäufte primäre Infectionen, sondern um eine Uebertragung von Auge zu Auge, deren Frequenz von den speciellen Einrichtungen und Ueberwachungsmassregeln an den einzelnen Kliniken abhing. *Kaltenbach* hat in München auf diesen Punkt besonders aufmerksam gemacht, fand aber damals noch von verschiedenen Fachgenossen Widerspruch, welche die höchst ungleichen Erkrankungsziffern localen Einflüssen, besonders der grösseren Häufigkeit der Gonorrhoe in Grossstädten zuschrieben. Heutzutage ist *Kaltenbach's* Ansicht wohl allgemein anerkannt; auch dürfte für dieselbe die Thatsache nicht ohne Belang sein, dass die procentuarische Erkrankungsfrequenz der Neugeborenen ausserhalb der Anstalten in Deutschland nach den allerdings wenig zahlreichen Mittheilungen annähernd gleich zu sein scheint.

270. ***Zur Entstehung bleibender Hornhauttrübungen nach Cataractextractionen.*** *Mitgetheilt von San.-Rath Dr.* ***Bol. Wicherkiewicz.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 7.)*

Immer und immer wieder macht man dem Sublimat zum Vorwurf, es verursache bei gleichzeitiger Cocainanwendung dauernde Hornhauttrübungen. *Mellinger* (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1892. 15) hat Versuche an Kaninchen angestellt, um die Ursache der, wie es scheint, erst nach Einführung des Cocains in die Augenchirurgie beobachteten Hornhauttrübungen nach Staaroperationen zu erweisen. *Mellinger* ist nun auf Grund von Thierexperimenten zu folgenden Resultaten gelangt: 1. Schwache Sublimatlösungen von 1 : 5000 erzeugen bei vorübergehender Anwesenheit in der vorderen Kammer eine nur kurze Zeit anhaltende, parenchymatöse Trübung der Hornhaut. Bleibt aber eine Quantität der Sublimatlösung in der vorderen Kammer zurück, dann entsteht eine intensive, lang anhaltende oder bleibende Trübung. 2. Das Cocain allein macht keine Trübung, wohl aber unterstützt seine Anwesenheit die Entstehung der Hornhauttrübung, und zwar einmal dadurch, dass es das Endothel für Flüssigkeiten, die in die vordere Kammer gelangen, durchgängig macht und das Parenchym auf diese Weise der Einwirkung dieser Flüssigkeit aussetzt, ferner dadurch, dass es den intraocularen Druck herabsetzt, auch das Eindringen und Zurückbleiben der Sublimatflüssigkeit in der vorderen Kammer erleichtert. Kochsalz ($^1/_2$ Procent) und Borsäurelösung (3 Procent)

zur Kammerausspülung sind unschädlich. Seit einer Reihe von Jahren bedient sich Verf. immer, nach Prof. *Alfr. Graefe's* Vorgange, der Sublimatlösung, allerdings einer schwachen (1 : 10.000), zur Berieselung des Operationsterrains bei Staarextractionen, ohne auch nur die geringsten bleibenden Hornhauttrübungen, denen er nur in der allerersten Zeit, gleich nach Einführung des Cocains in die Augentherapie begegnete, weiter erlebt zu haben. Die vielseitig gemachten Erfahrungen sowohl, als auch *Mellinger's* Versuche belehren uns, dass ein Causalnexus zwischen dem gleichzeitigen Gebrauche von Cocain und Sublimat einerseits und den secundären parenchymatösen Hornhauttrübungen andererseits angenommen werden müsse. Da nun Verf. trotz beständigen Gebrauches beider Mittel bei Extraction so lang von diesen Folgen verschont geblieben ist, so scheint die Art und Weise seines Verfahrens dazu beizutragen, dass bei dessen Patienten keine Trübungen entstehen, weshalb er dieses Verfahren näher darstellt: Die zu operirende staarkranke Person wird Tags vorher zur Operation vorbereitet, indem sie zuerst ein reinigendes Bad und ein Abführmittel erhält. Ein etwa bestehendes Conjunctivalleiden wird nach Möglichkeit vorher beseitigt. Der Thränensack wird mit einer Sublimatlösung 1 : 1000 ausgespritzt. Wird eine Extraction mit Iridectomie intendirt, dann lässt Verf. 1—2mal Atropin einträufeln. Vor der Operation wird in Zwischenräumen von fünf zu fünf Minuten eine 5procentige Cocainlösung eingeträufelt, doch nicht öfter als höchstens drei-, meist jedoch nur zweimal. Dabei wird der zu Operirende aufgefordert, seine Augen nach der Einträufelung geschlossen zu halten. Sind mehrere Extractionen in einer Sitzung auszuführen, dann hat der eine der Assistenten lediglich für die genaue Innehaltung der Zeitintervalle bei den Einträufelungen zu sorgen. Sobald mehr weniger fünf Minuten nach der zweiten, respective dritten Einträufelung verstrichen sind, wird der Kranke zur Operation gelagert. Nun werden die Lider und ihre Umgebung sorgfältig abgeseift und mit Sublimatlösung 1 : 1000 abgewaschen; der ganze Conjunctivalsack wird mit erwärmter Sublimatlösung 1 : 10.000 ausgespült. Mit wenigen Ausnahmen werden stets die Augenkammern mit sterilisirter physiologischer Kochsalzlösung vermittelst seines Apparates von den zurückgebliebenen Corticalresten oder vom Blut befreit. Nach beendeter Operation bespült er die Operationswunde mit Sublimat 1 : 10.000 und träufelt meist sterilisirte Atropin-, respective Eserinlösung in den Conjunctivalsack ein. Nach diesem Verfahren hat Verf. seit sechs Jahren durchschnittlich hundert Extractionen jährlich ausgeführt, ohne auch nur ein einzigesmal bleibende Hornhauttrübungen beobachtet zu haben.

271. ***Ueber das Ansaugen der Nasenflügel.*** *Von* ***Moritz Schmidt,*** *Frankfurt a. M. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 4.)*

Ausser dem Ansaugen der Nasenflügel Sterbender, kommt es häufig auch bei Gesunden vor. Bei jeder Einathmung nämlich entsteht vom Eingange zur Nase bis in die feinsten Bronchien eine Luftverdünnung und wird bis in die Alveolen fortgesetzt, wenn nicht eine Nebenverbindung, z. B. durch den Mund, eintritt. Es entsteht im Bereiche dieser Verdünnung eine Blutansaugung, Hyperämie auf der Schleimhautoberfläche, verstärkt, wenn die Triebkraft

des Herzens schwach ist. Bei Stenose des Kehlkopfes tritt diese Erscheinung deutlich hervor, bei Verengerungen der Nase hängt das Zustandekommen von dem Grade der Mundöffnung während des Schlafes ab. Wenn Nasenpolypen bei Erwachsenen entstehen, welche schlafend den Mund schliessen, so kann die Oeffnung nach oben nur ausreichen, um die nöthige Sauerstoffaufnahme zu ermöglichen; folgt dann noch geringe Schwellung durch die Luftverdünnung, Hyperämie, ungenügende Luftzufuhr, so kann Dyspnoe, Asthma etc. erfolgen. Bei Mundathmern tritt Schwellung der Nasenschleimhaut leicht ein, weil die absaugende Wirkung der Athmung durch die Nase fehlt. — Bei Ansaugen der Nasenflügel wird das Nasenlumen verlegt und *Traube* hat schon mittelst gebogener Haarnadeln Abhilfe zu schaffen gesucht. Bei einiger Sorgfalt wird man das Ansaugen der Nasenflügel öfter beobachten, als man vermuthet. Es gibt leichtere und schwerere Grade, die letzteren empfinden sofort Erleichterung, wenn man mit den Fingern die Nasenflügel auseinanderzieht. Bei gesunden Bergsteigern, welche leicht im Munde austrocknen, ist das Ansaugen der Nasenflügel, also die ungenügende Luftzufuhr, die Ursache und diese wieder ist bedingt durch mangelhafte Thätigkeit der Musculi dilatatores et levatores alae nasi. Wo also Asthma, Migräne, Dyspnoe, adenoide Wucherungen, Schwellungen der unteren Nasenmuscheln, vorhanden, muss auch nach dem Ansaugen der Nasenflügel gefahndet werden. Verf. hat ein Röhrchen von *P. Feldbausch*, Wiesbaden, Philippsbergerstrasse 43. anfertigen lassen. Es wird so eingeführt, dass die Knöpfe von hinten in die in der Nasenspitze liegenden Taschen zu liegen kommt, drückt es seitlich etwas zusammen und schiebt es in die Nase. Verf. selbst trägt ein solches Röhrchen schon 7 Monate Nachts und beim Bergsteigen. Die Qualen des Durstes beim Bergsteigen sind vollkommen seitdem gewichen. In mehr als hundert Fällen von Schwellungen der unteren Nasenmuscheln, Ansaugen der Nasenflügel und dessen üblen Folgen, bei Mundathmern, wie während des Typhus, Pneumonie, Phthisis, ist die Austrocknung des Mundes, die Fuligobildung um ein Bedeutendes gebessert oder geheilt worden. *Hausmann,* Meran.

Dermatologie und Syphilis.

272. ***Ueber Alopecia areata.*** *Von Dr.* ***Blaschko****. Demonstration in der Berliner medicinischen Gesellschaft. Sitzung am 3. Februar 1892. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892.)*

Blaschko stellt zwei Patienten mit Alopecia areata vor, zunächst einen, bei dem die Faradisation mit dem elektrischen Kamm völlige Heilung herbeigeführt hat. Die zweite Patientin gehört zu den Kranken, bei denen sich das Auftreten der Alopecia areata mit ausserordentlich heftigen Kopfschmerzen einleitet. Die Stellen des Haarausfalls sind spontan hochgradig schmerzempfindlich, während sie andererseits anästhetisch, namentlich aber in ihrer elektrocutanen Sensibilität bedeutend herabgesetzt sind. Stromstärken, die sie im Gesicht kaum verträgt, fühlt sie an diesen Stellen überhaupt noch nicht. Ein weiteres Symptom ist eine auffallende entzündliche Hyperämie der frisch erkrankten Areastellen. Ferner

ist bemerkenswerth die Trichorrhexis, das Brüchigwerden der Haare, ein Symptom, von dem *Blaschko* gezeigt hat, dass es allen Fällen von Alopecia areata gemeinsam ist, während man früher gerade das Fehlen dieses Symptoms für ein sicheres Kennzeichen gegenüber den anderen Erkrankungen mit Haarausfall hielt. Die abgebrochenen Haarstümpfe lassen nun eine starke Entwicklung von Mikroorganismen, und zwar nicht nur in dem Theil, der sich ausserhalb der Kopfhaut befindet, sondern auch in der Wurzel selbst erkennen. *Blaschko* erblickt jedoch hierin keinen Beweis für die parasitäre Natur der Alopecia areata, vielmehr hat er sich durch lange fortgesetzte Untersuchungen davon überzeugen können, dass immer nur diejenigen Haare Mikroorganismen in den Wurzeln aufweisen, welche ganz lose in der Haarscheide stecken; es handelt sich also offenbar um ein Einwandern der Mikroorganismen, wenn das Haar bereits abgestorben ist, wofür ferner als Beweis aufzufassen ist, dass man nicht etwa eine einzige, sondern ganz verschiedene Formen von Mikroorganismen findet, namentlich runde und ovale Sprosspilze, wie sie zu den ganz gewöhnlichen Parasiten der Haut gehören.

273. ***Ein Fall von Urticaria pigmentosa.*** *Von Dr.* ***H. W. Stelwagon.*** *(Amer. Journ. of the med. sciences. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 318.)*

Ein 6 Jahre alter, gesunder Knabe von blonder Haarfarbe hatte schon im Alter von achtzehn Monaten nach zweimaliger missglückter Vaccination Urticaria zum ersten Male dargeboten und hat seither die Krankheit nie verloren. Die Ausbrüche des Uebels kamen ganz unregelmässig von Zeit zu Zeit und bedeckten die Efflorescenzen alle Theile der Haut, besonders die von Kleidern verhüllten. Kein Jucken. Die Primärefflorescenz bestand aus röthlichgelben, papelartigen Erhabenheiten von runden oder länglichen Umrissen, die zwischen Stecknadelkopf- und Erbsengrösse schwankten; einzelne Erhabenheiten waren mit Bläschen gekrönt oder die Epidermis zog etwas verdickt und gefaltet über dieselben hinweg. Dazwischen blos gelb pigmentirte Stellen; hier und da vergrösserte Talgdrüsenöffnungen mit schwach atrophischem Aussehen. Die Entwicklung dieser Efflorescenzen ging sehr schnell vor sich; die Rückbildung jedoch ging langsam von Statten. Es wurde keine mikroskopische Untersuchung gemacht. Die Behandlung mit Arsenik, Ergotin und Leberthran war erfolglos.

274. ***Die Exstirpation des Carbunkels.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 27. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 315.)*

Riedel macht auf die Gefahren der Metastase aufmerksam, die bei Furunkeln und Carbunkeln durch die bisherigen Behandlungsmethoden, warme Umschläge oder Kreuzschnitte, entstehen können. So hat er neben mehreren Fällen von Osteomyelitis acuta 2mal grosse, intramusculäre Abscesse in directem Anschlusse an Furunkel beobachtet. Ferner kamen durch Infection von einem Carbunkel ein Fall von Embolie der Art. centr. retinae mit consecutiver Panophthalmie, sowie ein anderer von Embolie eines Astes der Art. pulmonal. mit Hepatisation und Zerfall des Lungengewebes zu seiner Kenntniss; auch führt er mehrere Fälle von Gehirnabscess auf dieselbe Entwicklungsursache zurück. Deshalb hat

Riedel seit dem Jahre 1883 jeden Carbunkel vollständig exstirpirt; er hat bei diesem radicalen Vorgehen nie einen Todesfall in Folge dieser Affection erlebt. In der Narcose wird durch Kreuzschnitte und einen circulären Schnitt die Haut vom Centrum nach der Peripherie hin allmälig abgelöst und dann das ganze Infiltrat eventuell von der Muskelfascie abgehoben und exstirpirt. Die oftmals beträchtliche Blutung wird durch Compression und, wenn nöthig, durch Umstechungen gestillt. Die Methode hat den Vorzug, einen gefährlichen Entzündungsherd durch einen völlig harmlosen Substanzverlust in der Haut und dem subcutanen Bindegewebe zu ersetzen und das Fortschreiten des localen Processes zu verhindern. Der Verlust an gesunder, den Carbunkel umgebender Haut ist ein möglichst geringer. Die Heilung ist relativ rasch, die Narbe eine gute.

275. ***Ueber syphilitische Immunität.*** *Von* **L. Hudelo.** (*Ann. de Dermat. et Syph. 1891. 5 u. 6. — Centralbl. f. Chir. 1892. 3.*)

Auf dem Wege theoretischer Erwägungen die Bedingungen festzustellen, unter denen sich eine Immunität gegen Syphilis etablirt, erscheint nicht angängig. Verf. hat sich daher der mühsamen Aufgabe unterzogen, die grosse Anzahl experimenteller und klinischer Thatsachen, welche mit dieser Frage in Beziehung stehen, zu analysiren. Auf Grund dieser ein sehr umfangreiches Material umfassenden Kritiken kommt er zu folgenden Schlussfolgerungen: Es kann als allgemein giltige Regel bezeichnet werden, dass während der Entwicklung einer constitutionellen Syphilis der einmal inficirte Organismus sich einer neuerlichen syphilitischen Infection gegenüber refractär verhält, sowohl während der secundären Periode der Syphilis, als auch in der tertiären. Die Immunität dauert so lange wie die Syphilis selbst. Alle Autoren stimmen darin überein, dass die Immunität zeitlich zusammenfällt mit der Allgemeininfection des Organismus und letztere im Momente des Auftretens der ersten Hauteruptionen bereits vollzogen ist. Nach Ansicht des Verf kann es als Regel bezeichnet werden, dass die Syphilisimmunität bereits vorhanden ist, wenn der Schanker entsteht. Immerhin wäre es möglich, dass die Immunität zuweilen fehlt, wenigstens in den ersten Tagen der Schankerentwicklung, bevor noch symptomatische Drüsenschwellungen aufgetreten sind. Bei Eintritt der letzteren ist die Immunität bereits vorhanden und besteht somit jedenfalls bereits eine gewisse Zeit vor dem Auftreten der constitutionellen Symptome. Gegenüber der Möglichkeit syphilitischer Reinfectionen verhält sich Verf. sehr skeptisch; er ist der Ansicht, dass die einmal vorhandene syphilitische Immunität erst mit dem Tode des Individuums endet; Ausnahmen sind nicht genügend erwiesen und wenn sie vorhanden sein sollten, sind sie jedenfalls sehr selten. Auch hereditär syphilitische Individuen sind, wie es scheint, gegen eine syphilitische Infection immun. Jedenfalls ist eine Reinfection solcher bis jetzt nicht erwiesen. Andererseits aber kann sich eine acquirirte Syphilis entwickeln bei solchen Individuen, welche zwar von syphilitischen Eltern stammen, aber während ihrer ganzen jugendlichen Entwicklungsperiode von den pathologischen Zeichen der Heredosyphilis frei geblieben sind.

276. ***Ueber die Todesursachen nach Verbrennungen.*** *Von* ***Salvioli.*** *(Virchow's Arch. Bd. XXV. II. — Bericht üb. d. Leistung. d. Dermat. 1892, pag. 320.)*

Auf Grund einer grösseren Zahl an Experimenten, die Verf. an Meerschweinchen, Kaninchen, Katzen und Hunden anstellte, kommt er zu folgenden Schlüssen: Wenn man das Mesenterium eines Säugethieres einer Temperatur von 50—55° C. aussetzt, so gewahrt man unter dem Mikroskope, dass das Blut Anfangs eine grössere Geschwindigkeit annimmt, als es vor der Hitzeeinwirkung hatte, sodann, dass die Blutplättchen sich an den Gefässwänden ablagern und weisse Thromben bilden: durch den Blutstrom losgerissen und in Umlauf gebracht, werden sie zu embolischen Pfröpfen, die die Gefässe des Lungennetzes verstopfen und zahlreiche hämorrhagische Infarcte im Parenchym der Lunge erzeugen — die Thiere sterben comatös in Folge der Erniedrigung des Blutdruckes. An der Stelle der Verbrennung bleibt die Circulation bald ganz stehen zum Theile durch die Thromben und embolischen Pfröpfe bedingt, zum Theile durch die sehr erhebliche Verengerung der Arterien und endlich durch eine Veränderung der rothen Blutkörperchen, indem dieselben klebriger werden, an einander hängen bleiben und so den Lauf des Blutes hemmen. Die Blutplättchen nehmen bei der Verbrennung an Zahl ab und stammen nicht von den rothen Blutkörperchen her — das Erstere ergaben directe Zählungen, das Zweite war daraus zu sehen, dass nie Uebergangsformen oder irgend welche Veränderungen der rothen Blutkörperchen zu sehen waren, die eine Abstammung der Blutplättchen von durch die Hitzeeinwirkung veränderten rothen Blutkörperchen rechtfertigten. Dass die Blutplättchen bedingt werden, beweist ein Experiment: macht man nämlich durch mehrfaches Defibriniren des Blutes, Injection des defibrinirten Blutes in die Gefässe desselben Thieres dieses arm an Blutplättchen (*Bizzozero*), so überstehen die Thiere die stärksten Verbrühungen, weil sich keine Thromben bilden und keine embolischen Pfröpfe bilden können. Schliesslich hält sich Verf. für berechtigt, anzunehmen, dass die Blutplättchen normale und präexistirende Elemente sind.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

277. ***Ueber die elektrischen Reactionsformen bei Hysterischen.*** *Von Dr.* ***Carl Schaffer.*** *(Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVIII, Heft 3 u. 4, pag. 223—266.)*

Verf. resumirt die Ergebnisse seiner an Hysterischen angestellten Untersuchungen in folgenden Sätzen: 1. Sowohl die quantitativen als qualitativen Veränderungen der elektrischen Nerven- und Muskelerregbarkeit sind bei Hysterie nicht ausgeschlossen. So bestand bei einer Patientin hochgradige Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit; ferner Zuckungsträgheit nebst Inversion der Zuckungsformel. Die in dem betreffenden Falle erhaltene Reaction entsprach jener Form, welche *Stintzing* als achte

Varietät in der Gruppe von Entartungsreaction mit erhaltener Erregbarkeit bezeichnet. Bemerkenswerth war auch noch die vorübergehende extreme Erregbarkeit des Ramus frontalis (KaSZ auf 0·1 M.-A.). 2. Der Leitungswiderstand der anästhetischen Haut ist entschieden höher, als jener der sensiblen Epidermis. 3. Der Widerstand der anästhetischen Haut sinkt auf das relative Widerstandsminimum viel leichter, als der Widerstand der empfindlichen Epidermis. 4. Der Leitungswiderstand scheint nach dem Verschwinden der Anästhesie nicht abzunehmen, sondern im Gegentheil zuzunehmen und erst einige Tage hernach auf die Norm zu gelangen.

278. ***Ueber die Art, einem Thiere die Immunität gegen Tetanus zu übertragen.*** *Von* ***Tizzoni*** *und* ***Cattani,*** *Bologna. (Centralbl. f. Bact. 1891. Bd. IX. 6. — Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 7.)*

Es ist bekannt, dass Tetanusculturen ausserordentlich stark giftig wirkende Substanzen enthalten, welche in dem Nährboden gelöst enthalten sind. Die Autoren suchten nun derartige Culturen, die sie durch Filtration von den geformten Theilen, speciell den Bacillen, befreit hatten, in ihrer Toxicität zu beeinflussen durch Zusatz verschiedener chemischer Substanzen. Unter diesen zeigten sich wirksam allein Phenol, Chlorwasser, Jodtrichlorid. Diese drei Körper zerstörten, in geeigneter Quantität den filtrirten Culturen zugesetzt, die Toxicität derselben bei kürzerer oder längerer Einwirkung. Es gelang aber nicht, Mäuse oder Kaninchen durch Einspritzung der genannten Körper, sei es vor, sei es nach der Einverleibung giftiger filtrirter Culturen, gegen die verderbliche Wirkung der letzteren zu schützen. — In einer zweiten Versuchsreihe gelang es nach dem Vorgange von *Parietti* den Verff., zwei Tauben und einen Hund dadurch gegen Tetanus zu immunisiren, dass sie den Thieren zunächst sehr kleine Quantitäten Tetanusgift beibrachten und ihnen dann allmälig immer grössere Dosen einverleibten. Die Autoren stellten nun fest, dass das Blutserum dieser immunisirten Thiere erstens die Eigenschaft hat, bei Einwirkung auf filtrirte giftige Tetanuscultur im Reagenzglase die Giftigkeit der Cultur völlig zu vernichten (1 bis 2 Tropfen Serum machen $^1/_2$ Ccm. Cultur schon in 15—20 Minuten unschädlich), dass ferner Hunde sowohl wie Mäuse gegen nachfolgende Tetanusvergiftung (ganz gleich, ob lebende oder filtrirte Cultur zur Verwendung gelangt) durch Einverleibung dieses Serums immunisirt werden. Meerschweinchen und Kaninchen liessen sich dadurch aber nicht immunisiren.

279. ***Experimentelle Beiträge über urämische Diarrhoe.*** *Von Dr.* ***August Hirschler,*** *Budapest. Jubilar-Arbeiten der Schüler Korányi's. (Allg. med. Central-Ztg. 1891.)*

Verf. stellte sich die Aufgabe, die Ursachen der im Gefolge der Urämie auftretenden Diarrhoe zu erörtern. Diese Diarrhoe ist jedenfalls eine seltenere Erscheinung, wie das Erbrechen der Urämischen, doch tritt sie in einzelnen Fällen sehr heftig auf und trotzt der energischesten Behandlung. Die Entleerungen können verschiedenartig sein; man begegnet flüssigen, reichlichen, biliösen, geruchlosen, schleimig-blutigen, meistentheils spärlichen, zuweilen sehr fötiden Entleerungen, die unbezweifelbar Ammoniak, wenn

auch nicht immer, enthalten. Als Resumé der Versuche ergibt sich nach Verf., dass es unter den Harnbestandtheilen welche gibt, die Darmbewegungen hervorzurufen geeignet sind. Unter diesen haben sich kohlensaures Ammonium und Creatin nicht nur als sehr energische periphere, sondern auch gleichzeitig als centrale Darmreize erwiesen, wogegen Harnstoff, Kochsalz und Creatinin rein auf dem Wege peripherer Wirkung Darmbewegungen herbeiführen, so dass man die Existenz eines zweifachen Mechanismus voraussetzen muss. Beachtenswerth ist jener Umstand, dass, mit Ausnahme des Kochsalzes, bereits sehr geringe Mengen der betreffenden Substanzen die angeführte Wirkung herbeigeführt haben, was dem Verf. um so wichtiger erscheint, weil die Retention der Harnbestandtheile bei der Urämie es ermöglicht, dass sie im Blute cumulirt, ihre Wirkung an der Darmschleimhaut theils vermöge ihrer Diffusionsfähigkeit, theils central ausüben. Verf.'s Versuche bestätigen die bisher durch directe Beobachtung nicht erwiesene, doch allgemein verbreitete Ansicht, dass der Harnstoff und das kohlensaure Ammonium, die, wenn sie auch im Darminhalte Urämischer nicht constant, doch immerhin nachgewiesen sind, bei der urämischen Diarrhoe als ursächliche Momente betrachtet werden können. Er fügt diesen experimentellen Erfahrungen noch bei, dass das kohlensaure Ammonium, ausser seiner peripheren Wirkung, wenn es auf dem Wege der Resorption in den Blutstrom gelangen kann — was die Resultate der bisher bekannten Blutuntersuchungen nicht zu schützen scheinen — auch durch die Vagi auf die Darmbewegungen einwirken kann.

280. ***Ueber den Einfluss von Säuren und Alkalien auf die Alkalescenz des menschlichen Blutes und auf die Reaction des Harns.*** *Von* ***A. Freudberg.*** *(Virchow's Arch. Bd. CXXV, Heft 3, pag. 566.)*

Die Untersuchungen des Blutes wurden im Wesentlichen nach der von *Jaksch* angegebenen Methode mittelst einer verdünnten $^1/_{10}$-Normallösung von Weinsäure und Lackmuspapier vorgenommen. Das Blut wurde durch Einstich in den Finger gewonnen, je ein Tropfen mit den verschiedenen Lösungen der Weinsäure vermischt und je ein Tropfen auf das Lackmuspapier gethan und sofort mit Fliesspapier abgetupft, damit die Blutfarbe nicht die Reactionsfarbe verdecke. Verf. gelangt zu folgendem Resumé: Durch Salzsäure, 4—8 Grm. Acid. hydrochlor dilut. pro die, wurde in allen Fällen, mit Ausnahme eines einzigen, die Alkalescenz des Blutes nicht verändert. Die Acidität des Harns hat in all diesen Fällen zugenommen; in einem Falle von Cystitis wurde der stark alkalische Harn endlich sauer durch die Darreichung von Salzsäure. Durch 10—30 Grm. Milchsäure pro die wurde die Alkalescenz des Blutes vermindert ungefähr um $^1/_5$—$^1/_4$. Die Untersuchung des Harns hat ergeben, dass dabei die Acidität des Harns auch zugenommen hat, aber nicht bedeutend. Durch 5—10 Grm. Weinsäure pro die wurde die Alkalescenz des Blutes im Durchschnitt um $^1/_6$ vermindert. Die Acidität des Harns hat dabei in allen Fällen, mit Ausnahme eines einzigen, zugenommen; aber die Zunahme der Acidität entspricht nicht der zugeführten Säuremenge, so dass auch hier der grösste Theil im Körper verbrannt wurde. Durch

5—15 Grm. Natr. bicarb. täglich ist in drei Fällen eine Vermehrung der Alkalescenz des Blutes im Durchschnitt ungefähr um $^{1}/_{14}$ herbeigeführt worden; in zwei anderen Fällen dagegen trat keine Veränderung der Blutalkalescenz ein. — Der Harn wurde dabei in allen Fällen stark alkalisch. Die Ergebnisse der vorstehenden Untersuchungen könnten folgendermassen zusammengesetzt werden: Durch Säuren und Alkalien wird die Alkalescenz des Blutes nicht bei allen Individuen beeinflusst; vielleicht ist der Regulationsmechanismus für die Zurückhaltung der Alkalien (Ammoniakbildung) individuell verschieden. Ausserdem ist der Einfluss dieser Substanzen auf das Blut stets nur gering. Ganz anders als das Blut verhält sich der Harn gegenüber den eingeführten Säuren und Alkalien. Der Harn wurde nämlich fast in allen Versuchen entsprechend dem angewendeten Mittel saurer oder alkalisch.

281. ***Ueber die Beschaffenheit der Sehnenreflexe bei fieberhaften Krankheiten und unter der Einwirkung psychischer Einflüsse.*** *Von* **J. Longard.** *(Deutsch. Zeitschr. f. Nervenhk. Bd. I., Heft 3 u. 4. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1891. 52.)*

Verf. fand unter 82 Phthisikern in 30 Fällen deutlichen Fussclonus; acht davon waren noch gut genährt. In 42 Fällen fand sich idiomusculäre Contraction im M. pectoralis und M. biceps. Bei Typh. abdomin. zeigte sich während der Erkrankung in vier Fällen erhebliche Steigerung der Sehnenreflexe, die auch in der Reconvalescenz anhielt. Nur in einem Falle von acutem Gelenkrheumatismus wurde die Reflexsteigerung beobachtet, dagegen in vielen Fällen croupöser Pneumonie, sowie in der Reconvalescenz darnach. Bei zwei Phthisikern mit Peroneuslähmung fand Verf. Degeneration der peripheren Nerven und Muskeln bei intactem Rückenmark. In einem Falle von Diphtherie fand er neben Gaumensegellähmung in den Beinen neuralgische Schmerzen, Hyperästhesie und Reflexsteigerung. Es scheint die Reflexsteigerung hier, wie auch sonst häufig durch periphere remittirende Erscheinungen bedingt zu sein, die im Verlaufe von Infectionskrankheiten auftreten. — Wie im Schlafe von *Rosenbach* Reflexlähmung beobachtet wurde, so sah sie Verf bei Pneumonie- und Typhuskranken im Zustande von Benommenheit; sobald das Sensorium freier wurde, kehrte die Reflexthätigkeit zurück. Umgekehrt konnte er bei psychischer Erregung erhebliche Steigerung der Reflexe und selbst kurzdauernden Patellar- und Fussclonus in Fällen beobachten, in denen es sich um traumatische Neurose, um Neurasthenie, um psychische Exaltation, um Schreckneurose handelte. Dieser Wechsel in der Intensität der Reflexe je nach dem psychischen Erregungszustande muss vor Annahme eines organischen Leidens warnen und zur Vorsicht anregen bei der Untersuchung von Simulanten etc.

282. ***Die Einwirkung der künstlichen Erhöhung der Körpertemperatur auf den Verlauf der Infection durch Pneumoniediplococcen.*** *Von* **P. Walther.** *Aus dem hygienischen Institut zu München. (Arch. f. Hygiene. Bd. XII. Heft 5. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 6.)*

Verf. hat den Einfluss der Temperaturerhöhung auf den Verlauf der Pneumonie derart geprüft, dass er von einer Anzahl mit dem *Fränkel*'schen Pneumoniecoccus geimpfter Kaninchen die-

eine Hälfte in einen Wärmekasten brachte und bei einer Lufttemperatur von 38° die Körpertemperatur des Thieres auf 42° steigerte. Leider war eine genügende Ventilation des Apparates nicht möglich; die Thiere mussten deshalb nach Verlauf einiger Stunden auf kurze Zeit herausgenommen werden, und es konnte kein Versuch länger als 32 Stunden ausgedehnt werden. Hierbei ergab sich nun, dass bei einer derartigen hohen Temperatur die Pneumoniecoccen in einem Zustand von Wärmestarre sich befinden müssen; so lange die Thiere im Kasten sind, tritt kein Eindringen der Coccen in das Blut und treten keine Krankheitserscheinungen ein; während der kurzen Zwischenpausen ausserhalb des Kastens sinkt die Temperatur zur Norm. Bei den Controlthieren wurde dagegen stets der gewöhnliche Verlauf beobachtet. Letzterer trat auch alsbald bei den Wärmethieren auf, sobald sie dauernd aus dem Kasten herausgenommen waren. Wurden Kaninchen erst dann der höheren Temperatur ausgesetzt, wenn bereits Zeichen der Allgemeininfection vorlagen, so war der Einfluss jener auf den Krankheitsverlauf nur ein geringer. Interessant ist noch, dass bei den Thieren unmittelbar nach der Infection schon eine Lufttemperatur im Thermostaten von 32° statt 36° genügt, um die Körperwärme auf 42° zu steigern, während im weiteren Verlauf der Krankheit die Erregbarkeit der Wärmecentren sogar unter die Norm sinkt und die Körpertemperatur auch durch eine Lufttemperatur von 36° nicht mehr auf 42° gesteigert werden kann.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

283. ***Ueber die Verwendung gebrauchter Watte und getragener Kleidungsstücke zur Herstellung von Bekleidungsgegenständen.*** *Vortrag des Geh. Med.-Rathes Dr.* ***Günther*** *in Dresden auf dem X. internat. med. Congress zu Berlin. (Aerztl. Mittheil. aus und für Baden. 1891. XLV. 13. — Schmidt's Jahrb. 1892. Bd. CCXXXIII. 2.)*

Günther weist darauf hin, dass die zu Wattirungen von Kopfbedeckungen, Pelzen, Uniformen, Jacken u. s. w. benutzte billige „graue Watte" des Handels aus Watteabfällen aller Art, auch aus Wattirungen alter Kleider und besonders aus der gebrauchten Verbandwatte der Krankenhäuser hergestellt wird. Wenn auch bei der Herstellung der grauen Watte manche Unreinigkeiten mechanisch entfernt und dadurch nach Prof. *Neelsen* die Zahl der Keime in den Abfällen von 13—20.000 auf 12—14.000 in der grauen Watte abnehme, so sei letztere doch nicht nur ekelhaft, sondern auch als Infectionsträger sehr gefährlich. Denn die meiste Watte werde in diesem Zustande verwendet und nur verhältnissmässig geringe Mengen braun und schwarz gefärbt und bei der hierfür nöthigen längeren Durchkochung wohl sterilisirt. *Günther* wünscht daher, dass, wie dies in Sachsen bereits geschehen sei, die Krankenhäuser angewiesen wurden, die gebrauchte Verbandwatte zu verbrennen, dass ausserdem aber der Handel mit solcher Watte unter Strafe gestellt werde. Für alle anderen Arten gebrauchter Watte sei eine einstündige Desinfection in strömendem Wasserdampf vorzuschreiben, nachdem sie „Wolf" und „Schlagmaschine"

passirt habe. Ebenfalls bedenklich ist die Herstellung der Sohlen für die billigen Tuchschuhe. Sie werden in der Weise hergestellt, dass Tuchabfälle von alten Röcken, Mänteln, Uniformen, Beinkleidern u. s. w. mittelst Roggenmehlkleisters in Form von Tafeln aufeinander geklebt, aus diesen Tafeln Sohlen geschnitten, diese mit Holzstiften durchnagelt und mit den aus Filz und Tuch bestehenden Obertheilen versehen würden. Das Material für diese meist in Hausindustrie, aber auch in einzelnen Strafanstalten hergestellten Sohlen sei nicht allein ekelhaft, sondern nach Untersuchungen im Leipziger hygienischen Institute so bacterienreich befunden worden, dass in den meisten Fällen die übliche gegossene Gelatineplatte bereits nach 24 Stunden völlig verflüssigt und eine Trennung der Bacterien nicht ausführbar war. Leider sei wenigstens den Hausindustrien gesetzlich nicht näher zu treten.

284. ***Zur conträren Sexualempfindung.*** *Von Professor* ***v. Krafft-Ebing.*** *(Friedreich's Bl. f. gerichtl. Med. 1891. Heft 6. — Med. Neuigkeit. 1892. 4.)*

Die citirte Publication enthält die Autobiographie eines Conträrsexualen mit strafrechtlichen Betrachtungen über den §. 175 des deutschen Strafgesetzbuches. Dabei gelangt der ungenannte Verf. zu folgenden Ausführungen: „Wenn man mit Unbefangenheit den Standpunkt prüft, welchen Staat und Gesellschaft noch heutzutage in Deutschland und einzelnen anderen Ländern dem Urningthum gegenüber einnimmt, so wird ein Kundiger nicht umhin können, einzuräumen, dass es (?) in Unwissenheit und blindem Vorurtheil wurzelt. Die Liebe zum eigenen Geschlecht ist unleugbar in dem Sinne widernatürlich, als sie Demjenigen, was wir als den Plan der Natur zu erkennen glauben, zuwiderläuft. Allein diese abnorme Richtung des Geschlechtstriebes ist dem Urning durch die Natur selbst eingepflanzt und kann daher vernünftigerweise nicht als sittlich verwerflich bezeichnet werden. Einen Vorwurf verdiente deshalb allenfalls der Schöpfer, nicht das Geschöpf." Verf. weist darauf hin, dass der §. 175 unseres Strafgesetzbuches im Widerspruche mit dem Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen geschaffen worden ist, welches Gutachten keinen Grund dafür gegeben sah, dass, während andere Arten der Unzucht vom Strafgesetzbuch unberücksichtigt gelassen werden, gerade die Unzucht mit Thieren oder unter Personen männlichen Geschlechtes mit Strafe bedroht werden sollte. Verf. citirt auch einen Juristen, Prof. *Sontag* in Heidelberg, welcher es geradezu unbegreiflich findet, dass man in dieser Frage die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen in Thätigkeit setzte, um dann auf ihr Votum gar keine Rücksicht zu nehmen. Die Gesetzgebung stützte ihr Verhalten vielmehr, wie es in den Motiven des §. 175 heisst, auf „das Rechtsbewusstsein des Volkes, welches diese Handlungen nicht blos als Laster, sondern als Verbrechen betrachtet", Bezüglich dieses Volksbewusstseins sagt *Ahrens* treffend: „Was ihr das Volksbewusstsein heisst, das ist im Grund der Herren — Juristen — eigener Geist." Wie *Sontag* hervorhob, ist es unklar, warum, wenn man einmal strafen wollte, die Beschränkung auf Personen männlichen Geschlechtes aufrecht erhalten wurde bei dem berechtigten Zweifel, ob in dieser Art der Sodomie

gegenüber anderen, wie sie in widerwärtigster Weise zwischen Männern und Weibern oder gegenseitig zwischen Weibern bekanntermassen zur Ausführung kommen, eine besondere Unsittlichkeit liege. „Entweder diese sämmtlichen Arten sind strafbar oder sie sind alle straflos.“ „Im gebildeten und ungebildeten Publicum ist die Vorstellung vorherrschend, dass die Liebe zum eigenen Geschlecht das Product physischer und sittlicher Entartung und Verkommenheit sei. In den Gerichtsverhandlungen über widernatürliche Verbrechen und Vergehen gegen die Sittlichkeit kommen Freisprechungen wegen psychopathischer Zustände des Angeklagten in den seltensten Fällen vor; allein die Zuziehung medicinischer Sachverständiger werde auch meist unterlassen. Der Richter erkennt vielmehr im Gefühl der Entrüstung über die Verworfenheit derartiger Handlungen in der Regel auf schwere Strafen, welche die niedrigste Strafgrenze, 1 Tag Gefängniss, weit überschreiten. Verf. bringt diese unsere gebildete Welt beherrschenden Anschauungen mit Recht in Vergleich mit dem Hexenglauben früherer Jahrhunderte und betrachtet es als Gebot der Humanität und Pflicht der Männer der Wissenschaft, diesen Wahn zu bekämpfen und das Publicum zu belehren, „dass die Liebe zum eigenen Geschlecht manchen unserer Mitmenschen von Natur eingepflanzt, dass ein Naturtrieb kein Laster und Verbrechen sei, dass es edle, hochachtbare Menschen gebe, denen sie innewohnt; dass sie ihrer normalen Schwester ähnle als Spenderin höchster irdischer Glückseligkeit und als Triebfeder hochherziger Hingabe an den Nächsten; dass die Gesellschaft sich schwer versündige durch den Wahn, welchem sie seither tausend schuldloser Brüder geopfert und täglich fernere opfert“.

285. ***Verhalten des Arztes bei syphilitischen Frauen.*** *Von Prof.* ***A. Fournier.*** *(Bull. méd. 1891. 94. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 10.)*

Wie hat sich der Arzt in dem Falle zu verhalten, wo er von einer Frau consultirt wird, bei der er Syphilis constatirt? *Fournier* empfiehlt im Princip, einer verheirateten Frau den Namen ihrer Syphilis zu verheimlichen, ihr aber unter irgend welchem Vorwande hygienische Massregeln zu geben, welche eine weitere Infection der Kinder verhindern und zu versuchen, während der Unterhaltung mit der Clientin herauszubekommen, ob er es nicht mit einer „Cocotte“ zu thun hat. In diesem Falle wird man mit der gehörigen euphemischen Redeweise der Patientin mittheilen, dass sie an einer contagiösen Krankheit leidet, welche man Syphilis nennt, und dass sie die Verpflichtung hat, sich von sexuellen Beziehungen fernzuhalten. Ein Beispiel dieser Art ist folgendes: Ein Mädchen, welches sehr verschwenderisch von einem fremden Diplomaten unterhalten wird, acquirirt von einem intercurrenten Liebhaber einen Schanker. Der Arzt verordnet eine specifische Cur, sagt aber der Patientin nicht, welche Krankheit sie hat. Natürlich inficirt diese den Diplomaten und dieser inficirt seine Frau. Handelt es sich um eine anständige verheiratete Frau, welche die Syphilis zweifellos von ihrem Gatten acquirirt hat, so nehmen die Collegen, welche ihr die Diagnose verheimlichen, zu folgenden Mitteln ihre Zuflucht: 1. Sie geben das Quecksilber in einer Verordnung, in der es ein Laie nicht herauskennt, als *Dupuytren*'sche Pillen oder

*Gilbert'*schen Syrup etc., und nennen die Krankheit Eczem, Geschwür, Herpes etc. 2. Andere formuliren Mercur oder Jod nach ihren chemischen Initialen Hg—KI. 3. Ein anderer bezeichnet die Pillen oder die Mixturen mit einer Zahl, schickt den Patienten zu einem bestimmten Apotheker, dem er brieflich die Bedeutung der Zahlen mittheilt. 4. Ein anderer übernimmt, unter irgend einem Vorwand das Medicament selbst anfertigen zu lassen und es nach der Wohnung des Patienten zu senden. Alle diese Auskünfte hält *Fournier* für falsch. Vielmehr empfiehlt er folgenden Modus: Unter irgend einem Vorwande bittet er die Patientin, ihren Gatten zu senden. Er fände bei ihr einige Krankheitssymptome, die er sich nicht erklären könne; oder er wolle Einiges mit ihrem Gatten besprechen, was er einer jungen Frau nicht sagen könne. Ist nun die Frau unschuldig, so wird sie nichts Besonderes darin finden und der Gatte wird mit wunderbarer Geschwindigkeit im Sprechzimmer erscheinen, um den Doctor zu beschwören, seiner Frau nichts zu sagen, sie gut zu behandeln etc. Ist die Frau wider Erwarten schuldig, so wird sie glauben, man wünscht den Gatten zu sprechen, um ihn von der Ansteckung zu warnen und wird ein Geständniss ablegen und ihren Liebhaber schicken. Man beauftrage also den Gatten mit der Ueberwachung der Behandlung seiner Frau nur mit deren Erlaubniss, eine Erlaubniss, die ein Beweis dafür ist, dass die Frau von dieser Unterredung nichts zu fürchten hat. *Fournier* gibt zwar zu, dass es bei der langen Dauer der Behandlung einer Syphilis fast unmöglich sein würde, der Patientin die Art ihrer Krankheit zu verheimlichen. Indessen wäre schon sehr viel gewonnen, wenn der erste Ansturm der Ueberraschung, den die plötzliche Erfahrung hervorruft, verhindert wird und die Patientin sich daran gewöhnt, diese Krankheit, die s e vielleicht für ekelerregend, gefährlich etc. gehalten hat, zu haben und die Ueberzeugung gewonnen hat, dass sie geheilt wird etc. Während manche Frau plötzlich übereilte Schritte thut (Scheidung, Selbstmord etc.), werden die meisten, wenn sie erst nach Monaten von anderen kundigen Freundinnen die Art ihrer Krankheit kennen lernen, sich in ihre Situation zu schicken wissen und *Fournier* sah viele Frauen, von denen er fest überzeugt war, dass sie schliesslich um die Diagnose wussten, aber thaten, als ob sie keine Idee hätten, um sich selbst es zu ersparen, ihrem Gatten eine Scene zu machen, oder vor dem Arzt als das gedemüthigte Weib dazustehen. Natürlich wird es Fälle geben, deren Symptome so gefahrdrohend sind (Choroiditis, Gumma des Gaumens), dass energischere Curen (graue Salbe, Jodate etc.) am Platze sind, die sofort die Art der Krankheit verrathen. Diese werden von vorneherein sich nicht verheimlichen lassen.

286. ***Ueber den Einfluss des Lichtes auf die Haut.*** *Von Dr.* ***Hammer.*** *Stuttgart, Ferd. Enke, 1891. (München. med. Wochenschr. 1891. 47.)*

Dass die Lichtstrahlen einen gewissen Einfluss auf die Pigmentirung, sowie auf die physiologischen Functionen des Hautorganes ausüben, ist bekannt. Verf. beobachtete aber auch, dass das elektrische Bogenlicht mit starker Lichtentwicklung ein Erythem der Haut veranlassen kann. Versuche über den Einfluss des in-

seine Componenten zerlegten weissen Lichtes mittelst der Anwendung von Bergkrystall- und Glasprismen ergaben, dass es im Wesentlichen die ultravioletten Strahlen sind, welche Hyperämie der Haut hervorzurufen vermögen. Eine 5 Minuten dauernde Bestrahlung genügt zur Erzeugung dieser Wirkung. In praktischer Hinsicht hat sich die Aufpinselung von Chininglycerin-Lösung gegenüber dem Dermatitis erzeugenden Einfluss der Lichtstrahlen als prophylactisch werthvoll erwiesen; Chininsulphat hält die ultravioletten Strahlen ab, auch Zinksalbe und Puder wirken ziemlich schützend. Bei Rubinglas-Beleuchtung tritt das Erythem sehr rasch auf, pflegt aber auch sehr bald wieder zu verschwinden. Die restirenden Pigmentirungen beruhen auf Zersetzung ausgetretenen Blutfarbstoffes in den unteren Retezellen.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

287. *Die Berufskrankheiten des Eisenbahnpersonales.*

Von Dr. E. Lewy.

(Original-Mittheilung.)

(Schluss.)

Das Eisenbahnbau- und Werkstättenpersonal hat sich mit der Herstellung, Erhaltung und Erneuerung der Bahn, der Maschinen und der Fahrbetriebsmittel zu befassen. Diese Arbeit wird theils in der Werkstätte versehen, theils auf der Strecke vollführt. Ein Theil des Bahnerhaltungspersonales gehört zu den ständig im Dienste der Bahn Beschäftigten, und hat auch den Bahnaufsichtsdienst zu besorgen. Verletzungen, wie sie bei Maschinen, die Holz und Eisen bearbeiten, vorzukommen pflegen, sind beim Werkstättendienste nicht selten. Bei der Arbeit auf der Strecke, so beim Ausbessern der Dämme, Brücken und Tunnele und beim Auswechseln abgenützter Schienen, wird der regelmässige Verkehr der Züge nicht unterbrochen, so dass jener, der seine Arbeit mehr beachtete, als die Eisenbahnsignale, von der heranbrausenden Locomotive erfasst werden kann. Bei Erbauung neuer Bahnen, die mitunter in Gegenden geführt werden, welche den Arbeitern weder Wohnstätten, noch Nahrung, ja nicht einmal gesundes Trinkwasser bieten, wird häufig geklagt, dass epidemische Krankheiten das Personal decimiren; in Europa die Ruhr und der Typhus, in wärmeren Klimaten und den Tropen nebst diesen das Sumpffieber — die Malaria. Diese, sowie die zeitweise sehr verheerend auftretende Cholera sind wohl seit Jahren gekannt, der jüngsten Zeit blieb es jedoch vorbehalten, über eine eigenthümliche Erkrankung, die beinahe stets zum Tode führende perniciöse Anämie, „Blutarmuth der Tunnelarbeiter", klares Licht zu verbreiten.

Man weiss jetzt, dass sie von einem Rundwurme, dem Anchylostomum duodenale, verursacht wird, der in Oberitalien heimisch

ist. Er wandert in erkrankten Arbeitern überall hin, wo grössere Colonien beschäftigt werden, die schlecht mit Trinkwasser versorgt sind. So fand man ihn beim Bau des Gotthardtunnels, doch auch bei den Ziegelschlägern und anderen Erdarbeitern in Deutschland und Oesterreich. Seine Eier gelangen mit den menschlichen Entleerungen in's Trinkwasser, aus dem sie wieder von anderen Arbeitern aufgenommen werden, in denen sie sich entwickeln. Diese blutsaugenden Würmer verursachen dann ihrem Wirthe im Darmcanale unzählige kleine Wunden, welche zur Folge haben, dass in dieser Weise Erkrankte allmälig der andauernden Blutentziehung erliegen. Wenn man auf die möglichste Reduction der Zahl der Erkrankten und Verunglückten bei diesen Gruppen des Eisenbahnpersonals hinwirken will, so werden, selbstverständlich vorausgesetzt, dass alle Einrichtungen den Fortschritten der Wissenschaft vollständig Rechnung tragen, hauptsächlich folgende Momente zu berücksichtigen sein:

1. Verwendung der zweckmässigsten Einrichtungen zum Schutz des Fahrpersonals gegen Wind und Wetter, gegen das Herabfallen von den Wagen bei der dienstlichen Beschäftigung während der Fahrt, nebst obligater Einführung jener Erfindungen, welche das Kuppeln der Waggons von der Seite ermöglichen, wodurch die Gefahr des Zermalmtwerdens durch die Puffer vermieden werden kann.

2. Wäre dahin zu wirken, dass an entsprechend gewählten Stationen dem Fahrpersonale eine zweckmässige Beköstigung zu mässigen Preisen verabreicht werde. Die Versorgung der Bahnhöfe im Sommer mit gutem Trinkwasser und die Labung des Fahrpersonals im Winter mit heisser Suppe, Thee oder Kaffee sind ebenfalls nicht zu unterschätzende Factoren zur Erhaltung der Gesundheit. Nach Dr. *Bison* wurde durch angemessene Bekleidungsweise und Lieferung gesunder Nahrungsmittel durch die Verwaltung, an 9000 Unterbeamte der Paris-Orleansbahn die Zahl der Krankheitsfälle von 125 in der Woche auf 67, also die Hälfte reducirt.

3. Vermeidung der übermässigen Ausdehnung der täglichen Dienstzeit, da Uebermüdung des Personals eine der häufigsten Veranlassungen von Eisenbahnunfällen ist. Ferner continuirliche Ueberwachung der vollkommenen physischen und geistigen Eignung für den Verkehrsdienst bei jeder einzelnen hierfür bestimmten Persönlichkeit. Diesem entsprechend muss die Zeit, welche zur Erlangung der unverkürzten Pension berechtigt, bei dem Fahrpersonal bedeutend kürzer sein, als bei anderen Bediensteten, so dass ähnlich wie beim Militär die Kriegsjahre doppelt, dem Zugspersonal der Verkehrsdienst eineinhalbfach angerechnet würde.

4. Bei dem Entwurfe des Bauprogramms wäre zu beachten, dass die Bauunternehmer verpflichtet werden, für Wohnungen, zweckmässige entsprechende Beköstigung und Herbeischaffung gesunden Trinkwassers für ihre Arbeiter Sorge zu tragen.

Literatur.

288. ***Psychologie der Suggestion.*** *Von Dr. **H. Schmidkunz**, München. Mit ärztlich-psychologischen Ergänzungen von Fr. C. Gerster, München. Stuttgart, Enke, 1892.*

Der Hypnotismus gehört zur Psychologie als deren integrirender Bestandtheil; was etwa die Lehre vom Magnetismus für die Physik ist, das sollte und wird auch bald für die Psychologie des Suggestionismus die Lehre von der Suggestion sein. Für die Psychologie bedeutet sie nach *Bernheim's* Ausspruch geradezu eine Revolution. In dem Nachweise der Beziehungen, welche die hypnotischen Erscheinungen mit gewöhnlichen Vorgängen des Wachens und des Schlafens verbinden, sowie in der Aufdeckung der für beiderlei Erscheinungsreihen giltigen Gesetze der Psychologie liegt der Hauptwerth der Lehre von der Suggestion, sowie aller sonstigen Erscheinungen des Hypnotismus. Auf diesen Nachweisen beruht, und in denselben gipfelt der gesammte Inhalt des vorliegenden hochinteressanten Werkes, welches inhaltlich in vier Theile zerfällt, deren erste beiden vorwiegend der Beschreibung, die beiden letzteren hauptsächlich der Erklärung, dann auch den Anwendungen gehören. Der erste Theil gibt einen Ueberblick über die Suggestion in ihren verschiedensten Formen innerhalb mehr oder minder gewöhnlicher Verhältnisse, und über die dafür günstigen Bedingungen; er soll zumeist nur eine Berufung an alltägliche Kenntnisse sein, die aber viel des Geheimnissvollen einschliessen, und soll mit der Frage, ob nicht diese mannigfachen Merkwürdigkeiten auf einfache Versuche zurückzuführen seien, den zweiten Theil vorbereiten. Dieser gibt zunächst in Kürze ein möglichst typisches Bild derjenigen Zustände, welche Hypnosen heissen, und betont diejenigen Seiten des Gegenstandes, welche die psychologischen Zwecke fördern. Damit beginnt zugleich eine Anbahnung der erklärenden Hälfte durch den Versuch, die beschriebenen hypnotischen Erscheinungen als Steigerungen alltäglichen Geschehens, als Glieder eines grösseren Ganzen zu begründen. Der dritte erscheint als der wichtigste, und bemüht sich, die hypnotischen wie die wachen, die ausgesprochensten wie die versteckten Suggestionen durch Zerlegung in ihre gemeinsamen psychischen Elemente und durch Darstellung der sonstigen Wirksamkeit dieser Elemente zu erklären. Der vierte und letzte Theil gilt sozusagen der Ausbreitung des nun gezogenen Stammes in seine Aeste und Zweige. Die Frage, welche Folgen den gegebenen Thatsachen und Erklärungen entspringen, führt zu der Anwendung nicht nur des Hypnotismus, sondern auch des sonstigen Suggestionismus auf die diversen Gebiete der Heilkunde, Rechtspflege, Historik, Kunst, Religion und Erziehung. — Dazu tritt ein Versuch, das Gewonnene für weitere Strecken der Philosophie fruchtbar zu machen, und insbesonders einerseits eine monistische Seelenlehre empirisch zu begründen, manche der uns so fragend anblickenden mystischen Räthsel andererseits von Hypnotismus und Suggestion nicht nur abzusondern, sondern auch beleuchten zu lassen. Der Verfasser bezweckt hier eine streng wissenschaftliche Arbeit, fühlt sich aber zu einer allen Gebildeten verständlichen Darstellung verpflichtet. Um für dieselbe auch die äussere Abrundung vollkommener zu machen, wurden die Buchnachweise u. dergl. als Anmerkungen und ohne Hinweise im Text am Schlusse des Ganzen zusammengestellt. Mit diesen vorstehenden Bemerkungen glaubt der Referent Zweck und Inhalt dieses ganz besonderen Werkes genügend gekennzeichnet zu

sehen; näher auf die durchaus sehr bemerkenswerthen Einzelheiten einzugehen, muss er sich wohl aus verschiedenen Gründen versagen, und muss sich begnügen, auf das Buch als ausgezeichnete Lectüre für den denkenden Arzt und auch Laien aufmerksam zu machen. *v. Buschman.*

289. ***Die Sehstörungen und Entschädigungsansprüche der Arbeiter.*** *Von Dr. med.* ***A. Mooren,*** *geh. Medicinalrath. Düsseldorf, Verlag von August Bagel, 1891.*

Die vorliegende Schrift, vom Verf. seinem Freunde *Alfred Krupp* gewidmet, behandelt in neuer Ueberarbeitung eine Reihe von Fragen der Unfallversicherung, besonders in Bezug auf die Verletzung des Auges, die Verf. bereits früher im Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege und in den klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde erörtert hatte. Die Ergänzungen, die Verf. den erwähnten Abhandlungen beifügt, haben den Zweck, das Verständniss des Gegenstandes auch jenen Kreisen näher zu bringen, in denen die medicinische Kenntniss und Beurtheilung des hier behandelten Gegenstandes nicht vorausgesetzt werden darf. Für die Gediegenheit der ophthalmologischen Ausführungen der Abhandlung bürgt der Name des Verf. Die Entschädigungsansprüche der Arbeiter vertritt derselbe mit dem warmen Gefühle echter Humanität, wie wir sie vor Allem bei edlen Aerzten und bei jenen Männern antreffen, die ihre Stellung eigener Kraft und Arbeit zu verdanken haben. *—r.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

290. ***20jährige Erfahrung in der Behandlung der Harnröhrenstricturen mit Elektrolyse.*** *Von Dr.* ***Newman,*** *New-York. Verhandlungen des X. internat. med. Congresses.*

Seit 20 Jahren hat der Vortragende Elektrolyse in der Behandlung der Harnröhrenstricturen angewandt und war mit dem Erfolge stets so zufrieden, dass er sich nie veranlasst gesehen hat, eine Strictur mit dem Messer zu spalten. Die Patienten haben keine Recidive gehabt, waren mit ihrem Gesundheitszustande äusserst zufrieden und in den meisten Fällen fühlten sie sich so normal, dass sie keine weitere Behandlung wünschten. Die Anwendung der Elektrolyse bei Harnröhrenverengerungen beruht auf der bekannten chemischen Wirkung des galvanischen Stromes. An der Anode sammeln sich Säuren und Sauerstoff. Das Blut gerinnt. Bei Einwirkung eines starken Stromes entsteht ein trockener Brandschorf, welcher eine Narbe hinterlässt, wie das auch gewöhnlich bei Einwirkung von Mineralsäuren stattfindet. An der Kathode sammeln sich die Alkalien und alkalischen Basen; es bildet sich Ammoniak und Wasserstoff. Die Aetzung starker Ströme gleicht der Wirkung eines caustischen Alkali. Das Blut bleibt oder wird flüssig; Neoplasmen werden zerstört oder zur Resorption gebracht; Wasserstoff wird fortwährend erzeugt und zeigt sich in kleinen Blasen.

Die Instrumente, welche der Vortr. zur Behandlung der Harnröhrenverengerungen gebrauchte, bestehen aus: einer galvanischen Batterie, mit den nöthigen Leitungsschnüren, Verbindungsschrauben, einem Milliampèremeter, Bougies à boule und filiformen Leitsonden, einer vollständigen Auswahl von Elektroden, die in vier verschiedenen Formen gebraucht werden. Irgend eine gute galvanische Batterie kann benutzt werden, wenn die Construction derart ist, dass die graduelle Verstärkung und

Abschwächung des Stromes ohne Unterbrechung und mit voller Beständigkeit bewirkt werden kann. Am besten sind kleine Zellen mit kleiner Oberfläche der Platten aus Zink und Kohle. Da der Erfolg der Behandlung von der chemischen Zersetzung und der Absorption mit Hinzutreten der cataphorischen Wirkung abhängt, so muss Cauterisation vermieden werden. Aus diesem Grunde wirken schädlich: grosse Zellen, grosse Oberfläche der Platten und starker Säuregehalt der Erregungsflüssigkeit. Die Kunst ist die, die Cauterisation zu vermeiden und die chemische Zersetzung zu befördern, und zu diesem Zwecke eine Batterie mit geeignetem Potential auszuwählen. Die Bougies à houle sind aus Fischbein gemacht und werden zur Untersuchung benützt, um die Diagnose der Strictur und den Sitz derselben festzustellen. Die Stromstärke muss stets mit dem Milliampèremeter controlirt werden.

Elektroden für den besonderen Zweck der Behandlung von Harnröhrenstricturen sind vom Vortr. construirt worden. Es gibt deren vier verschiedene Gattungen:

1. Elektroden mit eiförmigem Ende. Die Elektroden, die in gewöhnlichen Fällen gebraucht werden, haben eine kurze Krümmung mit einem eiförmigen Knopfe an dem zur Elektrolyse benützten Ende; am anderen Ende befindet sich ein Draht zur Verbindung mit dem negativen Pole der Batterie. Die einzigen, nicht isolirten Theile sind diese als Stromleiter benutzten Enden. Der übrige Theil der Elektrode muss gut isolirt, vollkommen glatt und ohne Unebenheiten sein. Die Länge des nicht isolirten Knopfes steht im Verhältnisse zum Dickendurchmesser der Elektrode; so beträgt die Länge der Spitze für Nr. 11 Charrière $^3/_{16}$ Zoll, für Nr. 21 $^3/_8$ Zoll. Von diesen Elektroden muss man die Nummern 11, 14, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 28 der französischen Scala vorräthig haben.

2. Elektroden mit eichelförmigem Ende. Diese werden in gewissen Fällen für Stricturen innerhalb der ersten 6 Zoll der Harnröhre angewandt. Man gebraucht die Nummern 15, 17, 20, 22, 25 und 27 Charrière. Dieselben sind kurz, gerade, ohne Krümmung und mit eichelförmigem Knopfe. Zuweilen ist es wünschenswerth, vorwärts zu kommen, indem man mit der Spitze der Elektrode in die ringförmige Strictur eindringt, um mit grösserer Leichtigkeit mit dem voluminöseren Theile der Eichel nachfolgen zu können. Hier thun diese Art von Elektroden gute Dienste. Die elektrische Wirkung findet am grössten Umfange der Eichel statt und entfaltet die grösste Wirksamkeit beim Zurückziehen der Elektrode, wobei der Operateur am besten beurtheilen kann, bis zu welchem Grade die Einwirkung stattfinden soll. Man benutzt sie auch, wenn die Strictur sich nahe dem Meatus externus befindet.

3. Hohlrinnenelektroden. Man gebraucht die Nummern 9, 11, 14, 17, 20, 21 Charrière. Dieselben sind wichtig für die Behandlung sehr bösartiger, gewundener Stricturen. Die Krümmung ist kürzer und der eiförmige Knopf mit einer Hohlrinne versehen, um sie über dünnen Fischbeinsonden (Filiform guides) einzuführen. In Fällen, in denen die Strictur mit gewöhnlichen Instrumenten nicht passirbar war, wurde diese Elektrode mit Erfolg angewandt und passirte die Strictur ohne Gefahr, falsche Wege zu machen.

4. Die Combinationselektrode ist eine Tunnelelektrode, mit einem Catheter zu einem Instrumente vereinigt. Sie ist eine Hilfselektrode für extreme Fälle. In Fällen, in denen eine sehr enge Strictur mit Retentio urinae complicirt ist, besteht die Indication, mit einem Instrumente das

Hinderniss zu beseitigen und den Urin abzulassen, da die Theile zu empfindlich sind, um die Einführung von zwei Instrumenten hinter einander zu gestatten. Auch ist es zuweilen von Vortheil für den Patienten, wenn man ihm die Blase ausspült. Dies kann Alles mit demselben Instrumente geschehen.

Man soll sich zuerst über die Topographie der Urethra informiren, die Strictur messen und dann den Operationsplan entwerfen, mit dem vollen Bewusstsein, welches Ziel erreicht werden soll. Die Empfindlichkeit des Patienten gegenüber dem elektrischen Strome ermittelt man durch Application des Stromes an seine Hände oder an einem anderen Theil seines Körpers. Die Stellung, die Patient während der Operation einnimmt, ist von geringer Bedeutung. Je nach seiner Bequemlichkeit kann er stehen, sitzen oder mit angezogenen Beinen und erhöhten Schultern auf dem Rücken liegen. Narcose wird nicht angewandt, da man keine Schmerzen verursachen und der Patient bei Bewusstsein bleiben soll, damit er über seine Empfindungen berichten kann. Ausnahmsweise kann bei nervösen Patienten Cocain angewendet werden. Für gewöhnliche Stricturen sollte der Durchmesser der Sonde die Weite der Strictur um 3 Nummern (französisch) übertreffen. Die betreffende Sonde wird so weit in die Urethra eingeführt, bis der Knopf durch die Strictur aufgehalten wird. Eine Schwammelektrode, mit warmem Wasser angefeuchtet und mit dem positiven Pole der Batterie verbunden, wird fest gegen die Haut der Vola manus, des Bauches, des Oberschenkels, oder eines anderen Körpertheiles gedrückt, um den Strom zu schliessen. Während man beide Pole so fixirt, wird der Strom sehr langsam und allmälig verstärkt, immer um eine Zelle, bis der Patient ein warmes und etwas prickelndes Gefühl wahrnimmt. Der Operateur muss die Sonde stetig gegen die Strictur halten und wird bald bemerken, dass Resorption stattfindet, dass die Strictur nachgibt, sich erweitert, und dass das Instrument langsam vorwärts gleitet und das Hinderniss passirt; ja, in einzelnen Fällen passirt es mit einem förmlichen Ruck die Strictur. Sind mehrere Stricturen vorhanden, so führt man die Sonde in derselben Weise weiter, bis sie in die Blase gelangt ist. Dann wird die Elektrode zurückgezogen und jede Strictur noch einmal gründlich bearbeitet, bis man vor die erste gelangt, wo dann der Strom ganz allmälig bis auf Null abgeschwächt wird; dann erst soll man die Elektrode entfernen. Während der ganzen Operation muss die Elektrode leicht und sanft, mit Vermeidung stärkeren Druckes und aller Gewalt, in ihrer Stellung gegen das Hinderniss gehalten werden. Die Sonde findet den rechten Weg und verrichtet ihre Arbeit durch die elektrolytische Wirkung des Stromes. Eine Sitzung dauert 5—20 Minuten.

Vortr. hat viele Hunderte von Fällen von Strictur mit Elektrolyse behandelt. Manche Kranke liessen sich nur vorübergehend behandeln, andere lernte er nur als consultirender Arzt kennen, viele wurden in der Klinik und Poliklinik behandelt; solche Fälle liessen sich nicht weiter verfolgen und waren für eine Statistik nicht zu verwerthen. Viele Patienten fühlten sich so wohl, wenn ihre Harnröhre bis auf Nr. 22 (Charrière) erweitert war, dass sie keine weitere Behandlung wünschten und mit Dankgefühl verschwanden. Bestanden hatten die Stricturen seit verschieden langer Zeit, meistens waren es chronische mehrjährige Fälle, theilweise von 20-, 25-, ja 30jährigem Bestande.

Die Patienten hatten je 1 bis 6 Stricturen. In allen Theilen der Harnröhre wurden Verengerungen angetroffen. Ungefähr die Hälfte der

Patienten hatten nur je eine Strictur. Der Sitz der Strictur war am häufigsten fünf Zoll vom Meatus externus entfernt; in der Pars membranacea wurden 15 Procent, in der Pars prostatica 6 Procent der Stricturen beobachtet. Die Dauer der Behandlung betrug im Durchschnitt 2—3 Monate, die Zahl der in den Zwischenräumen von 1—2 Wochen stattfindenden Sitzungen durchschnittlich 6 für jeden Fall. Die Patienten blieben unter Beobachtung und wurden später wieder untersucht, durchschnittlich nach 6—7 Jahren.

Kleine Mittheilungen.

291. ***Étude sur le carcinome de l'estomac.*** Von **Mouisset.** *(Revue de méd. 1891. 10. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 5.)*

Bei Carcinomkranken fand *Mouisset* eine Abnahme der Färbekraft der Blutzellen in ebenso hochgradiger Weise vorhanden, als bei Chlorose. Dieser Befund ist so constant, dass er diagnostisch benutzt werden kann, wenn es sich um Kranke mit dyspeptischen und anämisch-cachectischen Erscheinungen handelt. Besonders dann, wenn die Differentialdiagnose zwischen Magencarcinom und perniciöser Anämie schwankt, kann er Entscheidung bringen, da bei letzterer die Färbekraft stets normal ist.

292. ***Ueber den diagnostischen Werth der Milzpunction bei Typhus abdominalis.*** Von **L. Redtenbacher.** *(Zeitschr. f. klin. Med. 1891. Bd. XIX. Heft 4. — Med. Neuigkeit. 1892. 7.)*

Der Verf. hatte in 10 von 13 Fällen von Typhus abdominalis, in denen er, da die Diagnose nicht sicher war, die Punction der Milz vornahm, um Typhusbacillen zu suchen, ein positives Resultat mittelst des Culturverfahrens. Er erhielt meist ohne Weiteres Reinculturen von Typhusbacillen auf Agar und Kartoffeln. Die mikroskopische Untersuchung des Milzsaftes ergab meist ein negatives Resultat. Die Milzpunctionen hatten in keinem Falle irgend welche nachtheilige Wirkungen. Die Punctionen wurden mittelst einer langen *Pravaz*'schen Canüle vorgenommen, welche statt an einer *Pravaz*-schen Spritze an einer Glasröhre befestigt war, die mit einem Aspirateur verbunden wurde.

293. ***Bei Pityriasis versicolor*** verwendet **Langdon** das Benzin als Antisepticum und Antiparasiticum. Er lässt dasselbe drei Tage mit Watte auftragen und erzielte damit Heilung. Auch bei Furunculose soll sich das Mittel bewähren. Man tränkt ein Wattebäuschchen mit Benzin, drückt es fest, aber ohne Gewalt eine halbe Minute auf die furunculöse Schwellung und wiederholt dieses Verfahren am ersten Tage stündlich oder alle zwei Stunden, später 2—3mal täglich. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 5.)

294. ***Zum Capitel der Quacksalberei.*** Ein Araber, *Goolam Kader*, welcher sich Oculist nannte, liess sich in Brüssel nieder, um dort seine Kunst unter der Protection der Behörden auszuüben, worin ihn noch die öffentliche Meinung unterstützte. Die Mediciner protestirten dagegen, aber ihren Protest sah man als Brotneid an; die Praxis des Arabers entbehrte jedoch der Sauberkeit und eine Masse granulirender Ophthalmien recrudescirten. Alles hat ein Ende; die Zahl der Opfer wuchs derart, dass schliesslich die Justiz angerufen wurde. Vielleicht hatte auch, wie die „Presse méd. belge" durchblicken lässt, eine Magistratsperson bei dem Araber Lehrgeld bezahlen müssen, was den neuen Eifer der Behörde erklärt. Es kam ein Strafmandat gegen *Kader*. Er war verschwunden, den Sack gefüllt mit Goldstücken, die er der Leichtgläubigkeit des Publicums abgelockt hatte. — Vivant sequentes. (Bull. méd. 1891. 94. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 10.)

295. ***Anhäufung von Bromkalium in den Geweben.*** *Féré* (Sem. méd. 1891, 25. Nov. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 4) hat experimentell gefunden, dass das Salz von allen Geweben zurückgehalten wird; die mit langsamer Ernährung, wie Knorpel und Knochen, halten es am längsten zurück. Die in den verschiedenen Geweben abgelagerten Mengen variiren sehr. Die Resultate sind mit jenen *Richet's* für das Chlorlithium vergleichbar. Es scheint ihm, dass die Niere die grösste Affinität zu letzterem Salze hat.

(Ueber den therapeutischen Werth der Hunyadi János-Bitterquelle) schrieb bereits im Jahre 1885 der königl. Stabsarzt a. D. Dr. Philipp Graff in Berlin: „Die Hunyadi János-Quelle ist meiner Erfahrung nach entschieden als das beste aller bekannten Bitterwässer anzusehen. Durch Reichthum an auflösenden Salzen ausgezeichnet, von viel weniger unangenehmem Geschmack als alle seine Rivalen, von den Kranken, selbst von Kindern, ohne Widerwillen genommen, selbst bei verhältnissmässig kleinen Dosen prompt und schmerzlos wirkend, fand dieses wirklich ausgezeichnete Bitterwasser meinerseits in allen Fällen Anwendung, wo ein Bitterwasser angezeigt war. Dasselbe konnte Monate verordnet werden, ohne in irgendwie nachtheiliger Weise die Verdauung zu belästigen. Es lässt sich bei diesen vortrefflichen Eigenschaften mit Sicherheit voraussetzen, dass diese Quelle auch in Zukunft den ersten Platz unter allen Bitterwässern einnehmen wird.“

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Arendt, Dr. Rudolf, Prof. an der öffentlichen Handelslehranstalt in Leipzig und Redacteur des chemischen Centralblattes. Technik der Experimentalchemie. Anleitung zur Ausführung chemischer Experimente für Lehrer und Studirende, sowie zum Selbstunterricht. Von – . Zweite umgearbeitete Auflage. Ein Band mit nahezu 800 Abbildungen und einer Figurentafel. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1891.

Bum, Dr. Anton und *Schnirer, Dr. M. T.*, Redacteure der „Wiener medicinischen Presse“. Diagnostisches Lexikon für praktische Aerzte. Unter Mitwirkung zahlreicher Mitarbeiter. 1. Lieferung. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1892.

Fehling, Prof. Dr. H., derzeit Rector der Universität. Die Bestimmung der Frau, ihre Stellung zu Familie und Beruf. Rectoratsrede, gehalten am Jahresfeste der Universität Basel den 12. November 1891. Von —. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Hoesslin, Dr. Rudolf v. V. ärztlicher Bericht der Curanstalt Neuwittelsbach bei München, 1. Januar 1890 bis 31. December 1890. Herausgegeben von —. München, Verlag von J. F. Lehmann, 1891.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.


18 Medaillen I. Classe.
Empfehle meine als vorzüglich anerkannten
Maximal-
und gewöhnliche
ärztl. Thermometer
zur Bestimmung der Körpertemperatur.
Urometer nach Dr. Heller und Dr. Ultzmann, Bade- und Krankenzimmer-Thermometer etc., sowie alle Arten Thermometer, Barometer und Aräometer.
Heinrich Kappeller
Wien, V., Kettenbrückengasse Nr. 9.
Illustrirte Preisverzeichnisse stehen gratis zur Verfügung.
105

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

296. ***Ueber Bradycardie und die Wirkung des Atropin auf das gesunde und kranke menschliche Herz.*** Von *Prof. Dr.* ***Karl Dehio****, Dorpat. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1892. 1.)*

Dehio erörtert vorzugsweise die Entscheidung der Frage bezüglich der Bradycardie (Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens), ob die Ursache dieser pathologischen Veränderung der Herzthätigkeit im Einzelfalle ausserhalb des Herzens liegt oder cardialen Ursprunges ist. Auf Grundlage seiner Untersuchungen am Menschen gelangt *Dehio* zum Schlusse, dass wir im Atropin ein zuverlässiges Mittel besitzen, um zu entscheiden, ob es sich um eine cardiale oder extracardiale Bradycardie handelt. Da dieses Alkaloid die im Herzen gelegenen Endigungen der Vagusfasern lähmt, so wird in allen den Fällen, wo die Bradycardie auf einer Reizung des bulbären herzverlangsamenden Vaguscentrums oder der zugehörigen cardialen Vaguszweige beruht und somit extracardialen Ursprunges ist, durch eine Atropininjection die Bradycardie zum Schwinden gebracht werden müssen. In einem Falle von apoplectiformem Insulte bei einem 26jährigen Manne, wo der Puls auf 48 Schläge in der Minute gesunken war, injicirte *Dehio* 0·0016 Atropin. sulf. subcutan und der Erfolg war, dass der Puls nach 30 Minuten von 48 auf 144 Schläge in der Minute gestiegen war. Die Section ergab eine frische Thrombose der rechten Arteria fossae Sylvii mit weisser Erweichung des rechten Linsenkernes und eines Theiles des Thalamus optic. und der Capsula int.; das Herz anscheinend gesund. Anders gestalteten sich *Dehio's* Untersuchungen am Menschen bei Bradycardie cardialen Ursprunges. In einem Falle, wo es sich um eine Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels. allgemeine Arteriosclerose handelte, dabei Bradycardie, war der Effect der Atropineinspritzung fast Null. In einem zweiten Falle, gut compensirter Insufficienz und Stenose des Aortenostiums mit Anfällen von cardialem Asthma und mit Bradycardie, konnte durch Atropin gleichfalls keine Beschleunigung des Pulses bewirkt werden. Dasselbe war in einem dritten Falle: Bradycardie bei einer Mitralinsufficienz. Auf Grundlage dieser Untersuchungen, sowie von Versuchen, mit Hilfe von Atropininjectionen die Bedingungen festzustellen, unter denen das automatisch und rhythmisch arbeitende Herz die Fähigkeit einbüsst, je nach Umständen in beschleunigtem Rhythmus zu pulsiren, schliesst *Dehio*, dass das Herz zwar im jugendfrischen Zustande die Fähigkeit und die Tendenz besitzt, frequente Contractionen auszuführen, im höheren Alter aber immer mehr die hierzu nöthige Energie einbüsst; dasselbe sei auch bei vielen Herzfehlern der Fall. Man könnte also sagen, dass die

Herzfehler häufig ein rasches, vorzeitiges Alter des Herzens bewirken und es führen diejenigen Herzfehler am ehesten und häufigsten zu einer solchen Ermattung des Herzens, welche die stärkste Hypertrophie, namentlich des linken Ventrikels, bewirken und somit die grössten Ansprüche an die Thätigkeit der motorischen Centra der Herzbewegung stellen. Bei der cardialen Bradycardie ist das Herz nicht nur nicht im Stande, rascher als in der Norm zu schlagen, sondern es vermag nicht einmal mehr die normale Pulszahl zu produciren, auch wenn die Vaguswirkung ausgeschlossen ist. Es liegt also in der cardialen Bradycardie die höchste Steigerung derjenigen Veränderungen vor, die wir in geringen Graden am senilen Herzen und bei vielen Herzfehlern antreffen. Was die Entstehung der Bradycardie betrifft, so gestatten *Dehio's* Beobachtungen, diese Störung zu anderen analogen Veränderungen der Thätigkeit des alternden und kranken Herzens in Beziehung zu setzen und für alle eine gemeinsame Ursache zu vermuthen. Da wir wohl noch immer automatisch arbeitende Centra im Herzen annehmen müssen, welche den Rhythmus und die Coordination der Herzschläge regieren, so sind Ernährungsstörungen dieser Centra, also locale Veränderungen, als die letzte Ursache der erwähnten Anomalien, und besonders der cardialen Bradycardie anzusprechen. Zuweilen, wie z. B. bei der vorübergehenden Bradycardie nach acuten Infectionskrankheiten, mag es sich um leichtere Erschöpfungszustände dieser Centra, um eine functionelle Schwäche derselben handeln, in der Mehrzahl der Fälle aber dürften die localen Ernährungsstörungen in der Herzwand wohl auf localer Sclerose derjenigen Aeste der Coronararterien beruhen, welche die wichtigen Centralstellen des Herzens ernähren, auf deren ungestörter Function die normale Herzaction beruht. Prof. *Kisch.*

297. ***Ueber Störungen des Gleichgewichtes bei Stirnhirntumoren.*** *Von Dr. **L. Bruns,** Nervenarzt in Hannover. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 7.)*

Bruns sucht an der Hand eigener Beobachtungen zu beweisen, dass die „cerebellare Ataxie“ — d. h. eine geringere oder grössere Störung des Stehens und Gehens, bedingt durch eine Unsicherheit in der Körperhaltung, Schwanken und Taumeln, wie beim Alkoholrausch, und durch Unvollständigkeit in der Coordination der Bewegungen der unteren Extremitäten, so dass diese ganz verkehrt, oft eine über die andere gesetzt werden — nicht die specifische localdiagnostische Bedeutung hat, die man ihr im Allgemeinen zumisst. Denn auch bei anders localisirten Hirnaffectionen kann eine schwere Störung des Körpergleichgewichtes vorkommen, die der sogenannten cerebellaren so ähnlich oder gleich sieht, dass nur eine genaue Berücksichtigung der Nebensymptome, wie sie meist vorhanden sind, vor einer Verwechslung schützt und der Diagnose auf den richtigen Weg hilft, während man auf den ersten Blick immer geneigt sein wird, eine Kleinhirnerkrankung zu vermuthen. Diejenige Provinz des Gehirns, von der solche Störungen ausgehen können, sind das Stirnhirn und der sie bedingende Process, Geschwülste des Stirnhirns. — In den vier eigenen Beobachtungen, die *Bruns* ausführlich mittheilt, fand sich als ein Hauptsymptom die Gleichgewichtsstörung, genau in derselben Weise, wie sie bei

Kleinhirnaffectionen beschrieben wird; in 2 Fällen wurde bei Lebzeiten die Diagnose auf einen Stirnhirntumor mit Sicherheit gestellt, bei der Section fanden sich in allen vier Fällen Tumoren in dieser Gehirnprovinz. Aus einer Literaturübersicht geht mit Sicherheit hervor, dass Störungen des Körpergleichgewichtes sich bei Tumoren des Stirnhirns mit grosser Häufigkeit und Deutlichkeit finden. Die Frage, ob es möglich ist, trotz der Aehnlichkeit oder Gleichheit eines Hauptsymptomes der Kleinhirn- und Stirnhirntumoren eine Differentialdiagnose zwischen beiden zu machen, glaubt *Bruns* im Allgemeinen bejahen zu müssen, natürlich immer unter Rücksicht darauf, dass unter Umständen schon die Diagnose eines Hirntumors an sich ungeahnte Schwierigkeiten bereitet. Gewöhnlich sind beim Sitze der Tumoren im Stirnhirn, wenn sie nicht allzuweit von den Centralwindungen entfernt liegen, hemiplegische Erscheinungen vorhanden und fehlen fast immer bei Kleinhirntumoren. Ferner ist die ganz bestimmt umschriebene, auch bei tiefer Benommenheit noch vorhandene Schmerzhaftigkeit bei Percussion des Schädels für die Localdiagnose wichtig. Denn dieses Symptom scheint stets ein Zeichen dafür zu sein, dass der Tumor zum Mindesten dicht an den Hirnhäuten sitzt oder an den Knochen heranreicht; es wird also bei Kleinhirntumoren nur schwer zu constatiren sein. Die Stauungspapille pflegt bei Kleinhirntumoren besonders früh und stark aufzutreten und sehr schnell auch schwere Sehstörungen zu machen; bei Tumoren des Stirnhirns fehlt sie sehr oft ganz oder tritt doch erst sehr spät auf. Schliesslich sind die psychischen Symptome, speciell die Benommenheit, bei Stirnhirntumoren meistens besonders ausgeprägt, doch ist letzteres im Endstadium wohl für alle Tumoren gleich; andererseits treten Kopfschmerz und Erbrechen gerade bei Kleinhirntumoren sehr früh und stark auf.

H. Levy, Breslau.

298. ***Ueber die Stenose des Duodenum.*** *Von Dr. **J. Boas.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 28. — Centralbl. f. klin Med. 1892. 7.)*

Verf. schildert drei Fälle von Duodenalstenose, deren Diagnose vor Allem dadurch sichergestellt war, dass der Magen der drei Patienten constante grosse Beimengungen von Galle, beziehungsweise Duodenalchymus enthielt. Im ersten Falle handelte es sich wahrscheinlich um eine Stenose nach vorhergegangenem Ulcus duodeni, während die beiden anderen hinsichtlich der Aetiologie der Stenosirung unklar blieben. Die Beobachtungen weichen nun gegen die bisher gemachten derartigen Beobachtungen von *Cahn, Riegel* und *Honigmann* in einem wesentlichen Punkte ab. *Boas* vermochte bei allen drei Patienten ohne Zusatz in dem ausgeheberten, offenbar alkalisch reagirenden Darmchymus Verdauung von Fibrin oder Hühnereiweiss zu erzielen. Er schreibt dies der Anwesenheit von Pancreassecret zu, dessen Vorkommen er für derartige Fälle für so constant hält, dass ein nachweisbares Fehlen tryptischer Function ihn unbedenklich eine Störung der Pancreasfunction oder eine Verlegung des Ductus pancreaticus annehmen lässt. Aus diesem Grunde theilt er auch nicht die Anschauung *Riegel's*, die allerdings durch dessen ersten und den Fall von *Honigmann* genügend gestützt zu sein scheint, dass durch den Ausfall der Magenverdauung das hauptsächlichste perniciöse Moment, eventuell

die Ursache zum schliesslich erfolgenden Tode gegeben sei, sondern er meint, dass durch die Betheiligung des Pancreas eine völlige Compensation dafür erzielt werde. Zum Beweis hierfür führt er seinen zweiten Fall an, bei dem eine dauernde Gewichtszunahme erreicht wurde. Dies ist aber, wie *Honigmann* bemerkt, der Fall, von dem *Boas* angibt, dass er nach geeigneter Behandlung (oftmaliger Magenauswaschung) Anfangs neben dem Darminhalt schon peptisch wirksamen Magensaft und später im Verlaufe der zwei Jahre, in denen sich Patient völlig erholte, nur solchen und gar kein Pancreasferment mehr nachweisen liess. Also so ganz geklärt ist diese Frage doch noch nicht. Auch das Schwinden der desinficirenden Magenfunction durch Untergang der Salzsäure glaubt *Boas* nicht so hoch anschlagen zu sollen, da er bei der Berechnung der Aetherschwefelsäuren im Harne normale Werthe fand. *Boas* fasst seine Anschauung in folgenden Sätzen zusammen: Das constante Auftreten von galligem Erbrechen oder die permanente Beimischung von Galle zum Mageninhalt spricht mit grösster Wahrscheinlichkeit für eine Stenose der Pars descendens duodeni. Zugleich mit dem Gallenerguss findet bei intacter Pancreasfunction ein Rückfluss von Bauchspeichelsaft in den Magen statt. Da erfahrungsgemäss Tumoren oder entzündliche Processe am Pancreas das Duodenum in verschiedenem Umfang comprimiren, so besitzen wir in dem Nachweis oder Fehlen der pancreatischen Fermente in der in den Magen zurückgeströmten Flüssigkeit ein Mittel, Pancreaskrankheiten als ursächliches Moment der Stenose auszuschliessen. Die Pylorusstenose mit consecutiver Dilatation ist von der Stenose der Pars descendens duodeni unter allen Umständen klinisch zu unterscheiden.

299. ***Obliteration der Vena cava superior.*** *Von Prof.* **Comby.** *(Le méd. modern. 1892. 14 Janvier.)*

In der Société médicale des hôpitaux zu Paris stellte Prof. *Comby* einen Kranken vor mit der Diagnose: Obliteratio venae cavae superior. Der 36 Jahre alte Kranke gibt an, an Typhus, Pneumonie, Syphilis, Alkoholismus gelitten zu haben. Seit 18 Monaten wird er von schmerzhaften Empfindungen häufig befallen, dieselben äussern sich in einer präcordialen Zusammenschnürung, bedeutend gesteigerte, beschleunigte Herzthätigkeit, Gesichtsstörungen. Die schmerzhaften Anfälle wiederholen sich 2—3 Mal des Tags. Nach einer dreimonatlichen consequenten Behandlung mit Digitalis und Milch verschwanden die Beschwerden, nur will der Kranke um diese Zeit bedeutende Venectasien an der vorderen Thoraxwand bemerkt haben. Seit 8 Monaten congestionirt das Gesicht bei jeder Anstrengung, der Augapfel hervortretend, reichlicher Thränenfluss und ein Gefühl von fortwährender Zusammenschnürung der Kehle. Kopfschmerzen und Nasenblutungen sehr häufig, sowie häufige dyspnoische Anfälle. Der Kranke trat am 30. November 1891 mit bedeutender Steigerung der angeführten Beschwerden in das Spital. Bei der Aufnahme war die bedeutende cyanotische Turgescenz des Gesichtes und des Halses besonders auffallend, namentlich die rechtsseitige Halshälfte. Eine ganz deutliche Thrombosirung der Vena jug. externa sinistr. war nachzuweisen, an der Thoraxwand bedeutende, bläulich durchscheinende venöse Erweiterungen, auf-

fallende Beweglichkeitsstörung an den ödematös geschwellten oberen Extremitäten. Die Herzschläge sehr frequent, im zweiten rechtsseitigen Intercostalraume ein deutliches rauhes systolisches Blasen, das sich bis zur Clavicula erstreckt und auf eine Aortenläsion hinweist. Die Diagnose war sichergestellt. Ob die Obliteration in Folge Compression von Seite eines Tumors im Mediastinum carcinomatöser oder tuberculöser Natur sei, ist schwer zu entscheiden. Die eingeleitete antisyphilitische Therapie blieb erfolglos.

Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

300. ***Einige psychische Frühsymptome von traumatischen Gehirnleiden.*** *Von* **T. D. Crothers.** *(Journ. of nervous and mental diseases. 1891. August. — Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr. 1892. Februar.)*

Verf. weist darauf hin, wie häufig die Sucht, Alkohol, Opium oder andere Narcotica zu geniessen, fälschlich auf mangelnde Moral zurückgeführt wird, trotzden sie nur ein Symptom irgend einer Gehirnerkrankung ist. Drei Classen von Erkrankungen kann man unterscheiden, bei welchen jenes Symptom auftritt. Einmal hat in einer Reihe von Fällen irgend eine Art von Verletzung stattgefunden; hierhin gehören Sonnenstich, Schlag auf den Kopf oder irgend eine schwere Verletzung, wie auch eine schwere aufreibende Krankheit. Es tritt darnach Heilung ein, doch zugleich zeigt sich eine Aenderung des Temperaments, des Charakters, der Gefühle. Dann wird getrunken oder Opium etc. gebraucht, wodurch andere stark in die Augen springende Symptome hervorgerufen werden; in Folge dessen wird nunmehr Alles nur auf jene Intoxication zurückgeführt und eine primäre Ursache oft ganz übersehen. In einer anderen Reihe von Fällen schliesst sich der Alkohol- und Opiummissbrauch an ein psychisches Trauma an (Angst, Furcht, Trauer, fehlgeschlagene Speculation). Hierdurch wird eine Hirnlähmung, eine plötzliche Perversion der Hirnfunction und Hirnthätigkeit hervorgerufen, die sich nach aussen kundgibt eben durch jenen Missbrauch. In anderen Fällen ist der Alkoholgenuss ein Symptom von Erschöpfung und allgemeiner Hirnschwäche. In der Mehrzahl der Fälle haben nur die Hausärzte die Gelegenheit, die genauen Ursachen und die Entstehungsweise der genannten krankhaften Neigungen zu beobachten. Leider wird diesem Gegenstande seitens der Hausärzte nur selten die nöthige Beachtung geschenkt, trotzdem gerade hier von wissenschaftlicher berufener Seite der Hebel eingesetzt werden müsste zur Lösung eines grossen Theiles der Trunksuchtsfrage, die auch speciell in Amerika leider von eminentester Tragweite ist, in Folge der ungeheuren Verbreitung der Trunksucht.

301. ***Fall von spontaner venöser Obliteration der oberen Extremität.*** *Von* **Muselier.** *(Gaz. méd. de Paris. 1891. 28. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 4.)*

Ein 58jähriger Fleischer überstand 1868 Pocken, 1858 Pleuritis, die mit Punction behandelt wurde, 1869 Lues; seit 2 Jahren häufig Schwindelanfälle, seit 3 Monaten von Zeit zu Zeit Jucken und Kältegefühl in der linken Hand, welches auch in den Arm hinaufsteigt. Eines Morgens, nachdem der Mann sich wie gewöhnlich niedergelegt, bemerkt er beim Erwachen eine sehr starke gleich-

mässige Anschwellung des linken Vorderarmes und der Hand mit einem Gefühl von Taubheit ohne Schmerzen; in der nächsten Nacht stellt sich Erstarrung im Arm ein, dann nimmt der Obertheil und Schulter Theil, so dass 5 Tage später das Oedem sich bis zur Brust erstreckt und der Pat. nun seine Arbeit einstellen muss. Der kranke Arm ist um 12 Cm. (im Umkreis) dicker als der gesunde, die Haut ist von örtlichen Reizmitteln stark geröthet; besonders ist der Handrücken geschwollen, Bewegungen frei, schmerzlos, nur Gefühl von Schwere. Fingerdruck ist erst nach längerem Druck an den erkrankten Theilen sichtbar, keine Achseldrüsenschwellung an dem höheren Drittel des Armes, Erweiterung der Venen der Haut und Unterhaut, beide Radiales gleich stark; am Herzen, grossen Gefässen und Gefässen der linken Achsel nichts Abnormes. Offenbar liegt eine Verstopfung der tiefen Venen der oberen Extremität in Höhe des oberen Drittels des Armes vor; die Ursache der Obliteration ist unbekannt. Die Behandlung bestand in comprimirendem Watteverband und fortwährender Erhebung des Armes. 24 Tage nach Beginn des Leidens war im oberen Theile des Armes nur noch ein Massunterschied von 4, am Vorderarme von 1 Cm., ausserdem leichte venöse Gefässentwicklung und geringes Kältegefühl vorhanden.

302. ***Erkrankungen des Herzmuskels bei Typhus abdominalis, Scharlach und Diphtherie.*** *Von Dr. E. Romberg. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVIII. Heft 3 u. 4. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 14.)*

Die bereits vor 20 Jahren von *Hayem* geschilderte infectiöse Myocarditis ist bis jetzt der allgemeinen ärztlichen Anschauung völlig unbekannt geblieben, obwohl sie bei Typhus, Diphtherie und Scharlach neben der bekannten parenchymatösen Degeneration in erste Linie zu stellen ist. Sie charakterisirt sich durch die Infiltration des Herzfleisches mit kleinen einkernigen Rundzellen. (Wegen der histologischen Details wird auf die Originalarbeit verwiesen.) Diese Myocarditis wurde bei Diphtherie nie, bei Scharlach nur vereinzelt, bei Typhus in der kleineren Hälfte der Fälle vermisst. Die Ausgänge anlangend, sind a priori drei Möglichkeiten denkbar: 1. Heilung durch Resorption der Infiltration. 2. Abscedirung. 3. Heilung mit Schwielenbildung. Die Heilungsvorgänge sind vielleicht ziemlich häufig, Vereiterung ist jedenfalls äusserst selten; sehr wahrscheinlich ist es ferner, dass der schliessliche Ausgang häufig die myocarditische Schwiele ist; man darf daher nicht mehr die Sclerose der Coronararterien als die alleinige Ursache der Schwielenbildung betrachten. — Die Myocarditis verläuft völlig unabhängig von den parenchymatösen Veränderungen, so dass wir sie nicht als reactive Entzündung ansehen dürfen. — Möglicherweise wird die Myocarditis durch die specifischen Mikroorganismen hervorgerufen; wahrscheinlich ist ihre Entstehung durch die betreffenden Ptomaine, welche als Entzündungsreiz auf den Herzmuskel wirken. Dafür spricht besonders der Umstand, dass die diphtheritische Myocarditis anatomisch und klinisch fast zu derselben Zeit mit den diphtheritischen Lähmungen eintritt, die ja sicher durch die Einwirkung eines specifischen Toxalbumins entsteht. Hand in Hand mit den myocarditischen Processen gingen peri- und endocarditische

Vorgänge; die Pericarditis, die meist nur mikroskopisch nachweisbar ist, fand sich in der Mehrzahl der Fälle, während die Endocarditis nur in etwas mehr als ein Drittel aller Fälle zu constatiren war.

303. ***Die Chorea des Kindes.*** *Von* ***Baumel.*** *(Union méd. 1891. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 4.)*

Baumel schildert mehrere Fälle von Chorea bei Kindern, deren Aetiologie, Entstehungsweise und Verlauf interessant ist. Bei einem Mädchen entwickelte sich die Krankheit im Anschlusse des Intermittens, bei einem 13jährigen Knaben nach Masern. Bei letzterem wurden im Stuhl Eier von Trichocephalus und Eier, welche denen von Botriocephalus sehr ähnlich waren, gefunden. Die unteren grossen Molarzähne waren bei der ersten Untersuchung vollständig, die oberen unvollkommen durchgekommen; die Dentition war also damals noch nicht beendet. *Baumel* ist überzeugt, dass nach Vertreibung der Parasiten die Choreaanfälle vollständig aufhören werden; jedenfalls sind sie nach Beendigung der Dentition bereits milder geworden. Ein Mädchen von $11^1/_2$ Jahren, welches bereits früher an Choreaanfällen gelitten, hatte ebenfalls Unregelmässigkeiten beim Zahnen gehabt; der erste Schneidezahn erschien im zweiten Lebensjahre, der Unterkiefer hatte 14 statt 12 Zähne, von denen die beiden letzten unvollständig hervorgewachsen waren. Pat. hatte rechts angeborenen Klumpfuss. Während der Beobachtung fand ein Uebergang der choreatischen Bewegungen von der linken auf die rechte Seite statt. Die Kranke wurde mit Brom, China und Eisen behandelt und geheilt. Die letzte, 10jährige Pat., hatte am Morgen nach Extraction des zweiten kleinen, oberen, linken Molaris zum ersten Male Choreabewegungen gezeigt. Die Herausnahme des cariösen Zahnes war ohne Schwierigkeiten. Der Kopf wird nach links, der linke Arm nach hinten geschleudert. Es besteht Schlaflosigkeit, Schreien in der Nacht, Schmerzen in den Fingern, Daumen und Knöchel links, Sprache ist erschwert, bisweilen ganz aufgehoben. Ein Jahr vorher hatte Pat. Masern überstanden. Während der Behandlung mit Brom und Roborantien kamen mehrere Molarzähne durch. Die Pat. war erheblich gebessert. Die Zahnentwicklung ist also als Gelegenheitsursache für die Entstehung der Chorea bei anderweitigen prädisponirenden Momenten aufzufassen. Nach diesen Gesichtspunkten ist auch die Behandlung einzurichten.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

304. ***Ueber Neuralgien und ihre hydriatische Behandlung.*** *Von Prof. Dr.* ***Wilh. Winternitz.*** *(Bl. f. klin. Hydrother. 1892.)*

In des Verf. Anstalt in Kaltenleutgeben wurden in den letzten 25 Jahren 585 Kranke aufgenommen, bei welchen keine andere Diagnose als die einer Neuralgie gemacht werden konnte. Ausgeschlossen aus dieser Reihe sind selbstverständlich alle jene Fälle, bei welchen die Neuralgie nur als eine Begleiterscheinung eines anderen patenten Leidens aufgefasst werden musste — die

lancinirenden Schmerzen der Tabiker, die Cardialgien Anämischer und Magenkranker, die Hemicranien bei solchen, die neuralgischen Affectionen bei Metallvergiftungen etc. Einbezogen sind: Hemicranien, Frontal-, Supra- und Infraorbital-, Maxillar-, Ciliar-, Temporal- und Occipitalneuralgien, sowie neuralgische Affectionen am Stamme und den Extremitäten, nach dem Verlaufe der meisten sensiblen Nerven. Der Erfolg, der in diesen 585 klinisch beobachteten Fällen, grösstentheils nur mit den uns zu Gebote stehenden physikalischen Heilfactoren — thermischen, mechanischen und elektrischen — erreicht wurde, beziffert sich auf 52 Procent Heilungen. Nur 5 Procent wurden ganz erfolglos behandelt. Bei den Uebrigen wurde doch eine, wenn auch oft bald wieder vorübergehende Besserung erzielt. Dies Resultat reiht wohl die physikalischen Heilmethoden und unter diesen ganz besonders die Hydrotherapie unter die werthvollsten antineuralgischen Curmethoden. Ganz ausnahmsweise gelang es, manche selbst hartnäckige und inveterirte Neuralgie durch einen oder einige wenige energische hydriatische Eingriffe förmlich zu coupiren. Eine bereits ein paar Monate dauernde sehr heftige Prosopalgie schwand nach einem einzigen achtgradigen Regenbade und kehrte drei Monate lang nicht wieder. Freilich ist es nicht gestattet, auf einen solchen Glücksfall oft zu rechnen. Nicht zu den Ausnahmen jedoch gehört es, selbst bei sehr heftigen und auch veralteten Neuralgien, auf kürzere oder längere Intervalle die Schmerzen unmittelbar nach den ersten hydriatischen Operationen vollständig nachlassen oder viel milder werden zu sehen. Als ganz besonders wirksam bewähren sich in dieser Hinsicht die wechselwarmen oder sogenannten schottischen Douchen. Als ein prognostisch günstiges Moment darf es angesehen werden, wenn den ersten hydriatischen Proceduren eine solche Remission unmittelbar folgt. Zu den mächtigsten Antineuralgicis und Nervinis überhaupt gehört die Combination von Wärme und Kälte. Hier scheint die Wärme die Nerven viel empfänglicher zu machen für die nachmalige, die Innervation verändernde, eine Umstimmung, eine Revulsion hervorbringende Wirkung niedriger Temperaturen. Wärmestauung oder directe Erwärmung können zu diesem Behufe der Abkühlung vorausgeschickt werden. Erregende Umschläge auf das von den Schmerzen befallene Gebiet, feuchte Einpackungen des ganzen Körpers, locale oder allgemeine Dampfkastenbäder, Dampf- oder Warmwasserdouchen dienen der vorherigen Erwärmung, während kalte Abreibungen, kühle oder kalte Halb- und Tauchbäder, die verschiedenen Formen der Fallbäder-, Regen-, Capellen-, Ringdouchen und bewegliche Fächerdouchen zur Auslösung des thermischen Contrastes und der Abkühlung dienen. Eine weitere Reihe von Neuralgien findet Heilung in mehr weniger energischen und consequent durchgeführten Schweissproceduren mit nachfolgenden flüchtigen oder eingreifenderen Abkühlungen. Hier sind unter Umständen auch die sogenannten erregendsten, am raschesten Wärme entziehenden Badeformen, wie das kalte Vollbad, von Nutzen. Das Hauptaugenmerk muss gerade in diesen Fällen auf die Erzielung einer raschen, prompten und vollkommenen Reaction gelegt werden. Alles, was eine solche möglichst zu erleichtern, zu fördern, zu unterstützen, zu unterhalten geeignet ist, muss in

entsprechender Weise zur Anwendung kommen. Intensiver Nervenreiz behufs revulsiver Umstimmung der krankhaften Nervenerregung, mächtiger primärer und reactiver Einfluss auf die Circulation, Hervorrufung activer Fluxion nach verschiedenen Organen, lebhafter Stromwechsel, Anregung profuser Se- und Excretionen scheinen die wirksamen Factoren dieser in 52 Procent der Fälle radicale Heilung, in einem grossen Procentsatz Besserung bringenden Therapie gewesen zu sein. *O. R.*

305. ***Ueber Pental.*** *Von Dr.* ***Limpert.*** *(München. med. Wochenschr. 1892. 10.)*

Die ausserordentlichen Vortheile des Pentals sind, dass es keine Erregung, selbst bei Trinkern nicht, während der Betäubung hervorruft, dass die Herzthätigkeit und die Athmung in keiner Weise alterirt werden und der Patient sich nach dem Erwachen völlig wohl fühlt. Bei 23 Betäubungen — freilich lässt sich bei einer so geringen Anzahl noch kein voll- und endgiltiges Urtheil abgeben — hat Verf. keine einzige unangenehme Begleiterscheinung constatiren können, so dass man sagen darf, dass sich das Pental in kurzer Zeit bei geringen chirurgischen Eingriffen, namentlich in der Zahnheilkunde bei Extractionen einbürgern und gerne gebraucht werden wird. In der höheren Chirurgie wird es wegen der kurzen Dauer der Betäubung, 1—2 Minuten, keine Verwendung finden können. Meist kann die Operation vor sich gehen, bevor vollkommene Bewusstlosigkeit eingetreten ist. Das Zeichen zum operativen Vorgehen ist gegeben, sobald die Glieder schlaff sind, wenn der erhobene Arm schlaff zurückfällt. Bezüglich seiner Flüchtigkeit und seiner leichten Brennbarkeit ähnelt das Pental sehr dem Aether, weshalb es nicht in die Nähe von Feuer und Licht zu bringen ist. *O. R.*

306. ***Klinische und experimentelle Untersuchungen über den Diabetes mellitus.*** *Von* ***de Renzi*** *und* ***Reale.*** *(Gazetta dei hospitali. 1891. 90. — La Médecine moderne. 1892. 7.)*

Die Verff. haben an einer grossen Anzahl von Thieren die Exstirpation des Pancreas ausgeführt und damit das Auftreten von Diabetes bewirkt. Bei Hunden ist derselbe nicht geschwunden, sondern nur gemindert worden durch die Ernährung mit Fleisch, mit Peptonen, mit Pancreas vom Kalbe. Er verschwand vollkommen bei exclusiver Ernährung mit grünen Vegetabilien oder mit reinem Inulin. Diese Thatsachen wurden klinisch verwerthet und in Anwendung gebracht bei zwei von schwerem Diabetes ergriffenen Kranken und führten hier constant zu folgenden Resultaten: 1. Fortdauer der Glycosurie bei Fleischkost. 2. Constantes Verschwinden des Zuckers bei ausschliesslicher Ernährung mit grünen Vegetabilien. 3. Wiederauftreten des Zuckers mit der Wiederaufnahme der Fleischnahrung. Aus diesen Versuchen ziehen sie den Schluss, dass die als Inulin bezeichnete Stärkeart, welche in den grünen Vegetabilien vorkommt, sich nicht in Dextrose verwandelt, sondern in Levulose, welches eine selbst im Organismus des Diabetikers leicht verbrennliche Substanz darstellt. Nach den Verff. hat der diabetische Organismus die Fähigkeit verloren, die Dextrose zu zerlegen, aber er ist noch im Stande, die Levulose zu oxydiren. Diese statt jener einzuverleiben ist daher die Haupt-

indication bei allen klinischen Heilversuchen des Diabetes mellitus. Sowohl das Körpergewicht als die Muskelkraft nehmen bei den mit grünen Vegetabilien genährten Kranken zu, ob man dieselbe gleichzeitig mit Fleischnahrung combinirt oder nicht. Auch die vermehrte Ausscheidung von Stickstoff und Phosphorsäure nimmt zu, Levulose wird im Harn selbst nicht nachweisbar. *Loebisch.*

307. ***Zur Behandlung der chronischen Obstipation.*** *Von Dr.* ***Th. S. Flatau.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 9. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 7.)*

Bei Fällen chronischer Obstipation auf Grund von träger Dickdarmperistaltik, welche nicht durch reelle Darmkrankheiten hervorgerufen wird, sondern sich als ein Correlat „sitzender Lebensweise", Vernachlässigung der täglichen Entleerung, sowie als Begleiterscheinung gewisser chronischer, nervöser und ähnlicher Erkrankungen bildet, wendet *Flatau* ein mechanisches Verfahren an, das ihm sehr gute Dienste geleistet hat. Es wird der schmale Rectalsaum, der durch die Erschlaffung der Mastdarmschleimhaut neben der Anusöffnung in diesen Fällen fast ausnahmslos vorragt, bei Abduction der Gesässhälften kalt abgewaschen und nach Auftrocknung mit einer guten Messerspitze voll pulverisirter Borsäure eingepudert oder eingerieben. Ist die Rectalschleimhaut nicht erreichbar, so wird die Borsäure durch ein breites kurzes Rohr eingeblasen. Der Erfolg zeigt sich durch den Eintritt mehrerer breiiger Entleerungen und beruht auf einer Anregung der Peristaltik. Eine Gewöhnung an dies Mittel hat *Flatau* nicht eintreten sehen.

308. ***Behandlung der Neurasthenie durch Transfusion von Nervensubstanz.*** *Von* ***Constantin Paul.*** *Vortrag in der Académie de Médecine zu Paris. 1892. 16. Februar.*

Aehnlich wie *Archimedes* die Erde aus ihren Angeln hebt, wenn man ihm nur einen Stützpunkt ausserhalb derselben gibt, so lässt sich jeder therapeutische Versuch rechtfertigen, wenn man nur eine unmögliche Prämisse zu finden im Stande ist. *Constantin Paul* erinnert an die subcutanen Injectionen von *Brown-Séquard* mit Hodenflüssigkeit. Nach ihm ist die dadurch erreichte „Dynamisation" eine andauernde und wird durch keine nachfolgende Depression beeinträchtigt (Vorzug der Hodenflüssigkeit vor dem Alkohol). In gleicher Weise dachte nun *Paul* auf das Nervensystem durch ein Extract aus den Nervengeweben einzuwirken. Die bekannte Sanftmuth des Schafes liess ihn in Anbetracht der leichten Erregbarkeit der Neurastheniker die graue Substanz des Gehirnes vom Schafe für diesen Zweck benützen. Man lässt dieselbe während 24 Stunden in wässeriger Glycerinlösung maceriren, filtrirt und erhält so eine Flüssigkeit, welche 10 Procent wirksamer Substanz enthält. Im Anfange injicirte *C. Paul* 1 Ccm. dieser Füssigkeit subcutan in die Lumbalgegend, später stieg er auf 5 Ccm. 2 Mal wöchentlich. Selbstverständlich wurden dabei die antiseptischen Cautelen gewahrt — man geht bekanntlich auf keinen Ball ohne Frack. Die Injectionen bewirken keinen localen Reizeffect, aber — wie dies der Scharfblick *C. Paul's* voraussah — eine bedeutende Besserung des allgemeinen Zustandes, Steigerung der Kraft, des Appetites und des Körpergewichtes. Drei Fälle von Neurasthenie auf chloro-

tischer Grundlage, drei Fälle von gewöhnlicher Neurasthenie, ein Fall von Pulsverlangsamung und vier Fälle von Ataxie wurden der oben erwähnten Behandlung unterzogen. Der Erfolg war, wie dies der Leser schon voraussetzt, in allen Fällen ein vorzüglicher.

—*x.*

309. ***Zur Wirkung des Orexins.*** *Von* ***W. Brunner.*** *Aus der Klinik des Prof. Stolnikow. (Wratsch. 1891. 26. — Therap. Monatsh. 1892. 2.)*

Bei den so verschieden lautenden Berichten über die Wirksamkeit des Orexins sind die Versuche von *Brunner* von um so grösserem Interesse, als er sie an Kranken mit Appetitlosigkeit anstellte, welche je nach den zu vermuthenden Veränderungen in der Magenschleimhaut in Gruppen zusammengefasst waren. Die Darreichung des Orexins geschah nach dem von *Penzoldt* vorgeschlagenen Modus unter Vermeidung jeglicher Suggestion und führte zu folgenden Resultaten: 1. Von vier ganz gesunden Menschen fühlte blos einer drei Stunden nach der Einnahme von 0·3 Orexin ein auch durch das Essen nicht zu beseitigendes Hungergefühl. Bei zwei Personen traten Schmerzen im Epigastrium und Erbrechen ein. Weder im Chemismus, noch im Mechanismus der Magenverdauung zeigte sich in dieser Gruppe irgend eine Aenderung. 2. Von weiteren 26 meist nervösen Personen mit normalem Chemismus der Verdauung, aber verlangsamter Magenentleerung und Resorption der Ingesta, zeigten 12 zunächst eine bedeutende Besserung des Appetites, welcher sogar bis zur Unersättlichkeit sich steigern konnte. Auch objectiv durch das *Ewald*'sche Probefrühstück war eine Vermehrung und Beschleunigung der Salzsäureabscheidung nachweisbar. Leider war jedoch der gute Erfolg nur von einer 2—8tägigen Dauer, da bei längerem Gebrauche des Orexins zuerst Gewöhnung an das Mittel eintrat und hierauf eine starke Verschlimmerung des Allgemeinzustandes der Kranken und völliges Schwinden des Appetites. 3. 10 Patienten mit compensirten Herzklappenfehlern, Phthisis incipiens und chronischem Gelenkrheumatismus klagten über Appetitlosigkeit. Von diesen verspürten vier nach Orexin eine subjective Besserung, welche bei zwei Kranken sich auch objectiv durch vermehrte Salzsäureabscheidung äusserte. Von den übrigen 6 Versuchsobjecten wurden 2 von Erbrechen und Magenschmerzen befallen. 4. Die letzte Gruppe von vier Mann bilden Magenleidende, und zwar sind von solchen Krankheiten vertreten: Dilatatio ventriculi, saurer Magencatarrh und Carcinom. Bei allen trat nach Verabfolgung von Orexin eine Verschlimmerung des Zustandes ein. Da nun nach den Erfahrungen von *Brunner* das Orexin die Magenschleimhaut stark reizt und nur ausnahmsweise und auch dann meist blos vorübergehend genützt hat, so meint *Brunner*, es sei dieses Mittel aus dem Arzneischatze zu streichen.

310. ***Sauerstoffinhalationen bei Neugeborenen.*** *Von Dr.* ***Bonnaire.*** *(Bull. méd. 1891. 68. — Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 51.)*

Auf Vorschlag von *Bonnaire,* welcher sein Verfahren bereits seit 1889 anwendet, werden in Paris zur künstlichen Erhaltung Früh- und Neugeborener Sauerstoffinhalationen neben den anderen bekannten Methoden angewendet. Das Gas wird mittelst eines Schlauches aus dem Cylinder, in welchem es in comprimirtem

Zustande enthalten ist, der Wärmwanne zugeführt und mischt sich in der Umgebung des kindlichen Kopfes mit der atmosphärischen Luft. Diese Sauerstoffzuführungen werden in langsamem Strom mehrfach des Tages wiederholt, so dass im Ganzen täglich zwei Stunden lang inhalirt wird. Angewendet wurden die Inhalationen in allen Formen von Asphyxie, nachdem die Athmung bereits wieder in Gang gebracht worden war, um die Blutüberfüllung der Lungen, die Gefahr der Aspirationspneumonie, die Herzschwäche und die zu schwache Innervation der Athmungscentren zu bekämpfen, kurz gegen die secundären Schwächezustände asphyctisch geborener Kinder. Ferner wurden alle schweren Schwächezustände Neugeborener ausser mit künstlicher Wärmezufuhr mit Sauerstoffinhalationen behandelt, auch bei Icterus neonatorum und Sclerem, Ernährungsstörungen wurden die Inhalationen angewendet. Der Erfolg war oft ein guter.

311. ***Die einfache mechanische Behandlung der Tabes.*** *Von Bonuzzi in Padua.*

Ueber dieses Verfahren, welches einen Ersatz der Suspensionsmethoden bilden soll, äusserte sich Prof. *Benedikt* in der Sitzung des Wiener med. Doctorencollegiums vom 14. December 1891 in folgender Weise: Es ist bekannt, dass die Suspensionsmethode sowohl im Inlande als auch im Auslande schon so ziemlich aufgegeben wurde. Man motivirt dies damit, dass man bei der Suspensionsmethode manchen unangenehmen Zufällen ausgesetzt sei, dass man auch einige Todesfälle ihrer Anwendung zuschreiben müsse. *Bonuzzi* glaubt, dass an solchen Vorkommnissen die Methode selbst nicht schuld sei. Nach seinen Erfahrungen ist die Suspension wohl von Werth und bringt ganz unbestreitbare Erfolge. Das *Romberg*'sche Symptom wird in günstiger Weise beeinflusst. Weniger wirkt diese Methode auf Schmerz und Gehfähigkeit ein. Zu den nachtheiligen Folgen, die bei Anwendung des Suspensionsapparates sich oft geltend machen, gehört die pathologisch gesteigerte Respiration und Durchblutung. *Bonuzzi* sucht nun durch mechanische Zerrung auf das erkrankte Rückenmark einzuwirken. Wenn man die Erfolge beider Methoden vergleicht, ergibt sich ein bedeutender Vortheil der neuen. Durch die Anwendung der Suspension erzielt man in den meisten Fällen eine Verlängerung der Wirbelsäule von höchstens 3 Cm., des Rückenmarkes von 4 Mm. Bei Anwendung der „Vorderen Flexion des Körpers“, wie *Bonuzzi* seine Methode benennt, dehnt sich das Rückenmark um 12 Mm., wie die Verschiebung einer eingestochenen Nadel beim Experimente bewies, die Wirbelsäule verlängert sich um ungefähr 12 Cm. Dabei halten sich die Respirations- und Circulationsströmungen auf einer mässigen, durchaus nicht beunruhigenden Höhe, und die therapeutische Wirkung ist eine überraschende. Das *Romberg*'sche Symptom ist nach einigen Versuchen fast ganz geschwunden, der Patient kann ohne Unterstützung selbst mit geschlossenen Augen stehen. Auch die Neuralgien nehmen rapid ab und die Gehfähigkeit wird eminent beeinflusst. *Bonuzzi* hat oft bei sehr schweren Fällen günstige Erfolge erzielt. Auch *Benedikt* berichtet über Besserung in einem schweren Falle von Tabes. Doch gilt es auch hier, mit einiger Vorsicht zu Werke zu gehen, nicht zu übertreiben, weder mit der angewandten Energie,

noch mit der Zahl der Sitzungen. Es ist am besten, nach jeder Sitzung dem Patienten einige Tage Ruhe zu gönnen. Manchmal treten in den Füssen Geschwülste auf. Dieselben sind wahrscheinlich durch Blutung im Muskel bedingt, wie es *Benedikt* in einem Falle bei Durchschneidung der Haut deutlich erkennen konnte. *Benedikt* zeigt das Verfahren an einem Patienten, der sich an dasselbe schon so weit gewöhnt hat, dass er es ohne besonderen Schmerz erträgt. Der Patient wird flach gelagert, gewöhnlich auf einem Canapée, und seine Füsse mit einem Handtuche umschlungen. Dieses zieht er dann mit Gewalt gegen das Kopfende des Lagers, so zwar, dass die Beine im Hüftgelenk plötzlich maximal gebeugt werden. Dadurch wird die beabsichtigte Dehnung des Rückenmarks erzielt. Das ganze Verfahren dauert circa eine Minute.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

312. ***Zur Behandlung des Lupus der Haut.*** *Von Dr.* ***W. Kramer,*** *Gr.-Glogau. (Centralbl. f. Chir. 1892. 8.)*

Nachdem in neuester Zeit mehrere Autoren *(Riedel, Urban* und *H. Schmid)* der Excisionsbehandlung des Lupus der Haut energisch das Wort geredet haben, berichtet Verf. über die von ihm erreichten Resultate. *Kramer* hat seit mehr als 20 Jahren in 10 Fällen das Verfahren geübt und bis jetzt in jedem derselben dauernde Heilung an und in der Nähe der Operationsstelle gesehen. Es handelte sich bei den betreffenden, den verschiedensten Altersstufen angehörenden Kranken um Lupus des Gesichtes und Halses, welcher eine Ausdehnung von Zweimarkstück- bis Handtellergrösse hatte, einige Male auch in weiterer Entfernung von dem grösseren Herde noch kleine Knötchen darbot, die selbstverständlich gleichfalls excidirt wurden. In sämmtlichen Fällen wurde, in Narcose, 1 Cm. von der Krankheitsstelle entfernt, dieselbe mit dem Messer wie eine bösartige Neubildung tief bis auf oder in die Musculatur, beziehungsweise den Knochen oder Knorpel umschnitten und sammt dem subcutanen Gewebe vollständig exstirpirt, so dass das Messer nirgends mit dem lupösen Gewebe in Berührung kam. Nach sorgfältiger Blutstillung, theils durch Compression, theils durch Ligaturen, erfolgte in vier Fällen die Naht des Defectes, in drei, wo diese wegen allzugrosser Spannung seiner Ränder nur theilweise möglich war, nach 12 Tagen, nach welcher Zeit die freigelegte Muskelschicht mit Granulationen bedeckt war, in zwei anderen sofort die Transplantation von Hautläppchen nach der *Thiersch*schen Methode und einmal eine plastische Operation. Der Wundverlauf war stets ein aseptischer; in den durch Naht behandelten Fällen resultirte eine mit der Zeit immer weniger bemerkbare, fast lineare, in den anderen eine durch fast normale Hautfarbe ausgezeichnete glatte, auch nicht besonders auffallende oder störende Narbe, in der, wie in jener und ebenso wenig in der Umgebung, seit der 4 Monate bis über 2 Jahre zurückliegenden Operation ein Lupusrecidiv nicht zu sehen ist. Die Wundheilung beanspruchte 1—4 Wochen. Verf. ist sich auch der, für den geübten Operateur allerdings ziemlich weiten Grenzen bewusst, welche das Verfahren

durch eine zu grosse Ausbreitung des Processes, besonders bei Localisation desselben im Gesicht und bei sonst ungünstigem Sitz. findet; an den Extremitäten und am Rumpf etc. wird dasselbe jedoch auch bei sehr umfangreicher Erkrankung oft noch ausführbar sein. Je kleiner der Lupusherd ist, desto einfacher gestaltet sich die Operation, desto leichter der Nahtverschluss der Wunde, desto schöner die Narbe. Aber auch bei den nach Excision ausgedehnterer Herde entstehenden grossen Defecten ist man heutzutage Dank der verbesserten Transplantations-, Implantations- und plastischen Methoden in der Lage, relativ gute kosmetische Erfolge zu erzielen. Dass man dauernde Heilung nach der Excision erreichen kann, beweisen die vom Verf. operirten, schon seit längerer Zeit frei von Recidiv gebliebenen Fälle. Kein Verfahren, so auch das beschriebene nicht, wird freilich zu verhüten vermögen, dass die Haut bei den überhaupt zu Hauttuberculose disponirten Kranken gelegentlich wieder an einer anderen Stelle von Lupus befallen werden kann; aber wie uns diese Thatsache bei anderen chirurgischen Localtuberculosen nicht abhält, dieselben zu operiren, so wird sie auch beim Lupus keinen Grund gegen die Excision desselben abgeben. *O. R.*

313. ***Operation der Hypospadie aus dem Scrotum.*** *Von Prof.* ***A. Landerer.*** *(Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXII, pag. 591. — Centralbl. f. Chir. 1892. 9.)*

Die Methode, welche *Landerer* bereits zweimal mit Erfolg erprobt hat, ist der *Rosenberger*'schen Operation der Epispadie, bei welcher der Penis mit Hilfe der Bauchhaut gedeckt wird, nachgebildet. Sie zerfällt in zwei Acte. Beim ersten Acte wird der Penis an das Scrotum genäht. Zu beiden Seiten der Penis-Urethralrinne werden zwei circa 3—4 Mm. breite Streifen bis in's Scrotum hinein angefrischt; die Länge der Anfrischung muss doppelt so gross sein, als die Länge der künftigen Harnröhre betragen soll. Naht, die Eichel natürlich am tiefsten Punkte der scrotalen Anfrischung. Die zweite Operation folgt der ersten nach 6—8 Wochen. Der Penis ist nun aus dem Scrotum herauszuholen und an der Unterseite mit Haut zu decken. Zu dem Zwecke wird der Penis an der Eichel hochgezogen, und nun werden zwei seitliche, circa 4—5 Cm. lange Schnitte von der Harnröhrenöffnung schräg nach dem Scrotum geführt bis in die Dartos. Der hierdurch entstehende rhomboidale Defect wird durch Naht geschlossen. Man bekommt einen relativ stattlichen Penis mit deutlicher Tendenz nach oben.

314. ***Fall von Gangrän des Schenkels nach Gesichtserysipel.*** *Von Dr.* ***Schmit.*** *(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XVII. — Centralbl. f. Chir. 1892. 8.)*

Sechs Tage nach dem Auftreten eines zunächst typisch verlaufenden Gesichtserysipels erkrankte der Patient S., ein junger Soldat, an heftigen, schwer stillbaren Diarrhoen; nach weiteren drei Tagen traten, anscheinend ohne Ursache, lebhafte Schmerzen im rechten Unterschenkel, Ameisenkriechen, Muskelkrämpfe auf, und nach abermals zwei Tagen war das Bein bis zum oberen Drittel des Unterschenkels brandig. Die Auscultation des Herzens liess in der Höhe der Aortenklappe ein lautes systolisches Geräusch hören. Bei der noch unterhalb des Kniees vorgenommenen Ampu-

tation fand sich die Aorta poplitea durch ein 3 Cm. langes Blutgerinnsel verstopft. Der weitere Verlauf wurde noch durch partiellen Lappenbrand und eine doppelseitige Pleuropneumonie complicirt; doch genas der Kranke schliesslich noch. Ob der Brand durch eine von der Endocarditis herstammende Embolie der Arteria poplitea veranlasst wurde, oder ob sich der Thrombus in Folge einer septischen Endarteritis bildete, muss unentschieden bleiben.

315. ***Gelenkaffectionen bei Gliomatosis des Rückenmarkes (Syringomyelie).*** *Von* ***N. A. Ssokolów.*** *Aus der chirurgischen Abtheilung des klinischen Institutes der Grossfürstin Helene Pawlowna. (Wratsch. 1891. 23—25. — Centralbl. f. Chir. 1891. 39.)*

Nach einem kurzen Referat über die Frage der Syringomyelie — in specie die neueren Arbeiten, welche diese Krankheit auffassen als bedingt durch Neubildung von gliomähnlichem Gewebe in der grauen Substanz des Rückenmarkes mit häufigem, doch nicht nothwendigen secundärem Zerfall desselben — berichtet Verf. über 20 meist nur kurz beschriebene Fälle von complicirenden Gelenkaffectionen aus der einschlägigen Literatur. Des Weiteren theilt er dann drei von ihm selbst eingehend beobachtete Fälle dieser Art mit. Seine Resultate fasst Verf. in folgenden Sätzen zusammen: 1. Bei der Gliomatosis des Rückenmarkes (Syringomyelie) werden sehr häufig Gelenkaffectionen beobachtet. — 2. Im Gegensatz zu den tabischen entwickeln sich dieselben vorzugsweise an den oberen Extremitäten. — 3. Der Verlauf der gliomatösen Arthropathien ist gleich dem des ihnen zu Grunde liegenden spinalen Processes ein äusserst langwieriger und nimmt in ausgeprägten Fällen den Charakter einer deformirenden Gelenkaffection an. — 4. Kennzeichnend für dieselben, wie auch für die tabischen Arthropathien, ist die mehr oder weniger vollständige Analgesie. — 5. Die Diagnose ist auf Grund des anatomischen Charakters und des klinischen Verlaufes leicht zu stellen. — Die Eigenthümlichkeiten des Krankheitsprocesses bedingen für die Frühstadien eine Behandlung durch Immobilisation des erkrankten Gelenkes und für weiter vorgeschrittene und stark ausgeprägte Fälle entsprechende operative Eingriffe.

316. ***Ueber ein neues Stypticum und über die Möglichkeit, die Gerinnung des Blutes in den Gefässen in Fällen von Hämophilie, Aneurysmen und interner Hämorrhagie zu steigern.*** *Von* ***Wright.*** *(Brit. med. Journ. 1891. 1616. — Centralbl. f. Chir. 1892. 7.)*

Die Thatsache, dass wichtige Beobachtungen auf physiologischem Gebiete in die praktische Medicin nur schwer Eingang finden, wird dadurch erwiesen, dass von chirurgischer Seite von der vorzüglichen styptischen Wirkung des Fibrinfermentes noch keinerlei Gebrauch gemacht worden ist. Verf. weist auf die Beobachtung hin, dass die Wirkung des Fibrinfermentes durch die Beimischung von Kalksalzen noch wesentlich gesteigert werden könne. Er empfiehlt als Stypticum eine Fibrinfermentlösung, der 1 Procent Chlorcalcium beigesetzt ist. Diese Lösung erweist sich als weitaus wirksamer als Acid. tannicum, Alkohol, Glühhitze, und übt ihre Wirkung in jedem Gewebe aus, macht keine Schorfe und keine reactive Entzündung. Verf. konnte einem Hunde, dem alle

Venen des Gesichtes und Halses durchgeschnitten waren, mit Ausnahme der Vena jug. comm., die Blutung stillen ohne eine einzige Unterbindung. Bei einer Ratte konnte er beide Jugular-, beide Axillarvenen durchschneiden, die Leber und einzelne Mesenterialarterien, ohne das Thier an Blutung zu verlieren. Das Stypticum bewirkt eine bedeutende Beschleunigung des Gerinnungsprocesses, sowohl des arteriellen wie des venösen Blutes. Gewonnen wird das Fibrinferment am besten aus dem Blute der Herbivoren, ganz besonders aus dem Rinderblute, welches am reichsten an Fibrinferment ist. (Das Specielle der Gewinnung ist im Original nachzusehen.) *Jesset* hat mit diesem Stypticum praktische Versuche gemacht, nachdem vorher erwiesen worden war, dass selbst die Injection von 20 Ccm. in die Gefässe keine intravasculäre Gerinnung hervorgerufen. Leider werden über diese Versuche vom Verf. keine ausführlichen Mittheilungen gemacht. Vielmehr bewegen sich seine weiteren Ausführungen dahin, dass schon die Kalksalze allein, ohne Fibrinferment, eine sehr wesentliche, die Gerinnung beschleunigende Einwirkung haben. Er empfiehlt daher ihre Verwendung sowohl per os als per injectionem bei allen inneren Blutungen, namentlich nach Typhus, bei Blutungen nach der Entbindung (4 Drachmen auf eine Pinte Wasser). Als Cur empfiehlt er den Gebrauch von Kalksalzen bei Hämophilen, zumal dort, wo bei Pat. blutige Operationen gemacht werden sollen. Bemerkenswerth dabei ist nur, dass die Kalksalze rasch wieder im Urin ausgeschieden werden.

317. ***Zur Coxitisbehandlung.*** *Von Dr. **L. Ferria**, Assistent. Aus der chirurgischen Abtheilung des Dr. A. Caponotto im St. Johannes-Hospital zu Turin. (Centralbl. f. Chir. 1892. 6.)*

Bei der Behandlung der Gelenktuberculose mittelst Jodoformeinspritzungen liefert das Hüftgelenk nicht so befriedigende Ergebnisse wie die anderen, besonders wie das Knie- und Handgelenk. Die Punction selbst gelingt nicht immer leicht, wenigstens wenn nach den ersten Einspritzungen die Höhle sich durch die narbige Schrumpfung verkleinert hat; und die örtlichen anatomischen Verhältnisse sind nicht sehr geeignet, um eine regelmässige Vertheilung der Flüssigkeit überall zu ermöglichen. Es sah sich daher Dr. *Caponotto* veranlasst, bei Coxitis sich mit einer beschränkten Resection des Schenkelkopfes den Weg zu verschaffen, damit das antituberculöse Heilmittel am sichersten zur Gelenkhöhle gelangen und daselbst eine intensivere Wirkung auf die Knochen und die Synovialis entfalten könnte; die Beseitigung der erkrankten Gewebe war nur in zweiter Linie, und wo sie gelegen erschien, beabsichtigt. Das Verfahren, welches die erwünschten Erfolge erzielte, ist folgendes: Man führt eine 6—8 Cm. lange, geradlinige Incision durch die Haut und Muskeln von der Spitze des Trochanter major nach der Spina iliaca posterior und spaltet die Kapsel in der Längsrichtung des Schenkelhalses bis zum Limbus cartilagineus; nachdem der Kopf mit passender Bewegung des Beines aus der Pfanne hervorgedrängt ist, wird er mit dem Hammer und Meissel, sei er krank oder gesund, grösstentheils abgetragen, so dass ein gewisser Raum zwischen den Gelenkenden hergestellt bleibt. Sind die etwa vorhandenen Ergüsse herausgeflossen, so entfernt man mit einem Gazestücke oder mit einem Löffel die unter die Augen

fallenden Granulationen, die caseösen Herde, die Sequester etc., ohne jedoch eine gründliche Beseitigung alles Kranken zu besorgen. Nach der Blutstillung giesst man eine frisch bereitete 10procentige Jodoformglycerinaufschwemmung in die Wunde hinein, bis sie ganz angefüllt ist und vereinigt die getrennten Theile exact darüber. Paraarticuläre Abscesse werden durch die bestehende Wunde oder durch entsprechende Schnitte entleert und womöglich ausgerieben oder ganz einfach mit dem Troicart punctirt und injicirt. Leichter Verband in guter Stellung: Gewichtsextension wurde immer (ausnahmsweise vorübergehend in einem Falle) unterlassen, da sich keine besonderen Indicationen einstellten, doch waren die Endresultate, auch vom orthopädischen Standpunkte aus, befriedigend genug.

318. ***Amputation des Uterus wegen puerperaler Peritonitis mit glücklichem Ausgange.*** Von **A. Lapthorn Smith.** *(Amer. Journ. of Obstetr. 1892, Januar-Heft, pag. 43.)*

Bei einer 35jährigen Zweitgeschwängerten, deren Geburtsverlauf ein sehr schwieriger und langer war, ging die Placenta nicht ab, trotz angewandter äusserer Hilfen. Da die Entbundene ungemein anämisch und erschöpft war, traute sich *A Lapthorn Smith* nicht, zu narcotisiren und die Placenta manual zu entfernen. Er beschloss nach *Winckel* 12 Stunden zu warten und dann einzugreifen. Als er sich entfernt hatte, ging die Hebamme daran, die Placenta manual zu entfernen. Als er wieder kam, wurde ihm die entfernte Placenta gezeigt. Da er sah, dass dieselbe nicht complet war, so ging er mit der Hand ein, um die zurückgebliebenen Reste manual zu entfernen. Er entfernte noch einige Hände voll zurückgebliebener Theile, fand aber eine ausgesprochene Placenta accreta und konnte nicht alle zurückgebliebenen Partien eliminiren. 40 Stunden post partum erkrankte die Frau unter einem Schüttelfroste, heftigen Schmerzen im Unterleibe und einer Temperatur von 40°, kurz unter dem Bilde einer beginnenden allgemeinen Peritonitis. Sein Gedankengang war nun folgender: Eine puerperale septische Peritonitis kann dies nicht sein, weil diese erst am 6.—9. Tage post partum auftritt. Da die Frau einige Tage ante partum fieberte und heftige Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend hatte, so muss eine Pyosalpinx da sein, die geborsten ist, ergo ist die Laparotomie angezeigt. Ginge die septische Erkrankung von den zurückgebliebenen Placentaresten aus, so wäre der Uterus zu curettiren. Diese Annahme ist aber auszuschliessen. Gesagt, gethan, nahm *A. Lapthorn Smith* die Laparotomie vor. Er fand die Därme aufgebläht, injicirt, das Peritoneum nicht ergriffen. Vergebens suchte er nach einem Pyosalpinx. Auf dies hin entschloss er sich, nun einsehend, dass die septische Erkrankung vom Uterus ausgehe, diesen supravaginal in der Cervix zu amputiren. Er that dies mit gleichzeitiger extraperitonealer Stielversorgung. Die Kranke genas. Wenn *A. Lapthorn Smith* auch behauptet, dass sein Verfahren ein gerechtfertigtes war, ja sogar, dass die Uterusamputation direct indicirt war, so wird man ihm nach unseren Ansichten keinesfalls zustimmen, wenn er auch sagt, dass der Uterus die Zeichen einer septischen Infection zeigte und die Placentareste der Wand sehr innig anhafteten. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

319. ***Ueber die Sphincterolysis anterior, eine neue Operationsmethode des Prof. Schulek.*** *Von Dr.* **Emil Grósz.** *Vortrag in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Budapest vom 30. Januar 1892. (Pest. med.-chir. Presse. 1892. 6.)*

Narben der Cornea, in die die Iris eingewachsen ist, verursachen schlechtes Sehen und können nachträglich das ganze Gesicht zu Grunde richten (Glaucom, Iridochoroiditis suppurativa). Die Iridectomie behebt diese Uebelstände nur theilweise, da die Iris weiter eingewachsen bleibt. Viel vortheilhafter ist die neue Methode *Schulek's:* Nach Anästhesirung des Auges und durch Pilocarpin hervorgerufene Pupillenenge wird ein schmales *Gräfe*-Messer in der Nähe der Corneanarbe in die vordere Kammer eingestochen. der eingewachsene Iriszipfel brückenartig umgangen und die Messerspitze bei der anderen Narbengrenze durchgestossen. So gelangt die Iris vor das Messer. Nun schneidet man mit sägenden Bewegungen in der Narbe einen Lappen; zieht sich die Iris schon während dieser Bewegungen zurück, ergänzt man gar nicht den Schnitt zu einem Lappen, sondern lässt eine Brücke zurück. Nach der Operation Atropin. Die Vortheile dieser neuen Methode sind: das Sehen leidet nicht, da sich das Messer im Narbengewebe bewegt; die Iris gelangt sicher vor's Messer, und die Beschädigung der Linse wird durch die Contrapunction vermieden. *Grósz* stellt gleichzeitig zwei geheilte Patienten vor.

320. ***Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Larynxtuberculose.*** *Von Prof. Dr.* **Stoerk.** *(Wien. med. Wochenschr. 1892. 3 u. 4.)*

Verf. hebt zunächst das Verdienst von *Krause* und *Heryng* hervor, welche als die Ersten es unternommen haben, die tuberculösen Granulationen auszuschaben, um dann auf die so gewonnene gesunde Unterlage ihre Medication einwirken zu lassen. Doch hat Verf. die von Anderen berichteten glänzenden Erfolge nach Anwendung der Curette mit nachfolgender Application der Medicamente nicht beobachtet. Bei consequent durchgeführten Einblasungen von Jodol oder Jodoform auf tuberculöse Flächen im Kehlkopf erweichen tuberculöse Schwielen und Granulationen, die früher Knorpelhärte zeigten, man sieht tiefe Geschwüre, Granulationsbildung, also eine gewisse vitale Reaction, doch müssen auch diese Granulationen wieder durch Messer und Schabeisen entfernt werden. Während man aber bei der Jodol- und Jodoforminsufflation den Kranken sicher nicht schädigt, ist dies bei der Milchsäureätzung leicht der Fall. Bei derselben müssen die dem Schlunde zugekehrten Theile der Schleimhaut, das sind die Ueberzüge der beiden Giessbeckenknorpel, der obere Theil des Ringknorpels intact erhalten werden, weil sonst Schlingbeschwerden eintreten. Da man nun bei intensiver Anwendung der Milchsäure es nicht verhindern kann, dass etwas von derselben an die hintere Fläche des Larynx gelangt, so entstehen daselbst Wundflächen, die die Deglutition schmerzhaft machen. Eine Hauptbedingung bei der Behandlung der Tuberculose ist die Hebung des Allgemeinbefindens, denn dieselbe

ist nur bei guten Ernährungsverhältnissen des Kranken zu erzielen. Verf. schreitet nur dann zu einer localen Therapie bei Kehlkopftuberculose, wenn der Ernährungszustand des Patienten ein günstiger ist. Im Anschluss theilt Verf. einen höchst interessanten Fall von localer Therapie der Kehlkopftuberculose mit. Der 37 Jahre alte wohlgenährte Patient erkrankte 1885 unter Heiserkeit und Hämoptoe. 1886 zeigten sich bei Spiegeluntersuchung Granulationen am linken Stimmbande. 1887 sah Verf. den Patienten wieder, die Stimme tonlos, der Kehldeckel mit Granulationen besetzt. Milchsäureätzungen; der Versuch, die Granulationen mit Acid. nitricum, dann mit Acid. chromicum zu zerstören, fiel negativ aus. Im Sputum fanden sich Tuberkelbacillen. Der Kehlkopfbefund am 12. April 1888 ergab die Epiglottis mit knotigen Wucherungen bedeckt, vom Larynxinneren war nichts zu unterscheiden, ausser den Arytaenoideis, das Uebrige besteht aus einem Conglomerat von harten Höckern, für die Respiration war ein kaum rabenfederkieldickes Lumen vorhanden. Zum Behufe der zwei Tage später vorgenommenen Operation liess sich Verf. eine scharfe Zange anfertigen mit löffelartigen scharfen Branchen, die Löffel hatten die Breite der halben Stimmbandlänge. Zur sofortigen Tracheotomie vorbereitet, ging Verf. am 14. April zur Operation. Mit dem früher erwähnten Instrumente holte er 8 Stücke aus dem Larynxinnern, die zusammen mehr als die Grösse einer Walnuss hatten. In der Folge machte Verf. durch Monate hindurch kleinere operative Eingriffe, um die Stimmbänder auf Grund der Phonationsbewegungen zu reconstruiren. Nach einem Jahre war es gelungen, dem Patienten wieder mit tönender Stimme sprechen zu machen, nur war Patient einem häufigen Wechsel der Stimmlage unterworfen, was Verf. daraus erklärt, dass der Patient in Folge der jahrelangen Aphonie die zur entsprechenden Spannung der Stimmbänder und Stimmbandmuskeln nöthige Abschätzung der Innervation verloren hatte. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Stücke ergab reticulirte Tuberkel mit zahlreichen epitheloiden Zellen und Riesenzellen, sowie Tuberkelbacillen.

321. ***Verhalten bei Vorhandensein eines Fremdkörpers in den oberen Luftwegen.*** *Von Dr.* ***Schwartz.*** *(Revue gén. de clinique et de thér. und Revue de laryngol. 1891. 10. — Centralbl. f. Ohrenhlk. 1892. 2.)*

Bei Erstickungserscheinungen natürlich gleich operiren; man soll die tiefe Tracheotomie ausführen; dann folgt die jedem speciellen Falle anzupassende Behandlung. Sind keine Erstickungserscheinungen eingetreten, so soll man die gewöhnlichen Mobilisations- und Extractionsversuche machen, aber nur, wenn man Alles zur Tracheotomie vorbereitet hat, da letztere jeden Augenblick nöthig erscheinen kann. Will man Extractionsversuche machen, so soll man selbe nicht blindlings, sondern nur mittelst Spiegel bei genau festgestellter Lage des Fremdkörpers ohne Gewalt machen; der Pharynx, nicht aber der Larynx soll cocainisirt werden. Befindet sich der Fremdkörper in einer solchen Lage, dass er nicht per vias naturales entfernt werden kann, so mache man die Tracheotomie, die Laryngotracheotomie oder die Laryngotomie je nach Bedürfniss. Befindet sich der Fremdkörper in der Trachea oder tiefer, so soll

immer die Tracheotomie ausgeführt werden, die Trachealränder sollen auseinander gehalten werden, der Körper soll der Natur überlassen oder mittelst Instrumenten extrahirt werden.

322. ***Fremdkörper im Oesophagus bei Kindern.*** *Von Dr.* **Polikier.** *(Revue mens. des malad. de l'enfance. — Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 39.)*

Verf. beschreibt folgendes Verfahren, durch welches es ihm einige Male bei Kindern gelungen ist, verschluckte und im Oesophagus stecken gebliebene Münzen, die mit dem Finger nicht mehr erreichbar waren, zu entfernen: Man dringt in den Raum zwischen Trachea und linkem Sternocleidomastoideus mit dem Finger so tief als möglich ein; trotz der tiefen Lage des Oesophagus gelingt es bisweilen hier, den Fremdkörper zu fühlen und ihn mit dem Finger, immer hart an der Trachea bleibend, nach oben zu dirigiren. Ist er in die Gegend der Cartilago cricoidea angelangt, so versucht man durch Kitzeln des Zäpfchens Erbrechen zu erregen, während man gleichzeitig von aussen her den Fremdkörper durch reibende oder knetende Bewegungen weiter nach oben und ein wenig nach hinten schiebt. Bei den nun entstehenden Brechbewegungen wird dann der Körper herausgeschleudert.

323. ***Kann die Eröffnung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgang aus als gleichwerthig mit der sonst üblichen Methode betrachtet werden?*** *Von Dr.* **Hessler.** *(Arch. f. Ohrenhlk. Bd. XXXI. Heft 1. — Monatsschr. f. Ohrenhlk. 1892. 2.)*

Hessler sieht in der Combination der Trepanationsmethoden von *Schwartze* und *v. Bergmann* diejenige Methode, die allen Anforderungen der Ohrenärzte und Chirurgen entspricht: Knochenaffection und Ohreneiterung rasch und definitiv zu heilen, die alles Krankhafte, wo es sich findet, entfernt und ohne Gefahr für den Gesichtsnerv, die halbzirkelförmigen Canäle und das Gehirn ist. Man beginne jede Aufmeisselung nach der Methode von *Schwartze*, bei welcher von der Aussenfläche des Warzenfortsatzes gegen das Antrum hin gemeisselt wird, und begnüge sich damit, wenn die Caries auf Warzenfortsatz und Antrum beschränkt ist. Erstreckt sie sich weiter nach vorn zwischen die Lamellen der Schuppe, so müsse nach *v. Bergmann* subperiostal die Corticalis daselbst weggenommen und direct in die Tiefe des Mittelohres mit dem Meissel vorgedrungen werden. In das eröffnete Antrum schiebt *Hessler* Jodoformgazetampons, wodurch erstens die Blutung aus der Paukenhöhle steht, die sonst das Operationsterrain deckt, und zweitens das Einmeisseln auf dieselbe ruhig geschehen kann, da durch die Tampons das Labyrinth genügend geschützt ist. Je sicherer andernfalls die Diagnose ist: „Circumscripte Caries in der Schuppe über dem Gehörgange“, desto mehr eignet sich für diesen Fall die Methode nach *v. Bergmann.* Die Schwierigkeiten dieser radicalen Operation sind bei der bedenklichen Nähe der Labyrinthwand und des Gehirns grosse, besonders bei sclerosirtem Warzenfortsatz. Von 54 Patienten, bei denen *Hessler* die combinirte Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und Mittelohres ausführte (in 6 Fällen beiderseits), sind 42 vollständig geheilt, 6 theils ungeheilt, theils noch in Behandlung, 1 aus der Behandlung fortgeblieben und 5 gestorben.

Dermatologie und Syphilis.

324. ***Ueber Prophylaxe und Behandlung des Herpes tonsurans.*** *Von* ***Quinquaud.*** *(Arch. f. Dermat. u. Syphil. 1892, pag. 325.)*

Zur Prophylaxe des Herpes tonsurans empfiehlt *Quinquaud* Kurzhalten des Haares bei Schulkindern, häufige Kopfwaschungen mit warmem Wasser, Ausschliessen der erkrankten Kinder vom Schulbesuche oder, wo thunlich, deren Isolirung, Desinfection ihrer Kleider und Geräthe durch Hitze, da Sporen und Mycel des Trichophyton tonsurans schon bei 50—60° C. abgetödtet werden. Frische leichte Fälle von Trichophytie ohne Eindringen des Pilzes in die Haarfollikel können allerdings durch häufige Waschungen mit Seife auch spontan zur Heilung gebracht werden. Bei Herpes circinatus an Stellen mit schütterem Haarwuchs genügen Einreibungen mit 2 Procent Chrysarobinsalbe. Herpes tonsurans im lichenoiden Stadium mit Pilzinvasion der Follikel behandelt *Quinquaud* in folgender Weise: Die Haare werden sehr kurz geschoren, die rundlichen, mit Schuppen und Sporen bedeckten Plaques abgeschabt und hierdurch eine nützliche oberflächliche Entzündung bewirkt. Nach der Schabung erfolgt gründliche Reinigung des Kopfes mit Seife und Wasser. Die Schabungen werden mehrere Male mit 5—8tägigen freien Zwischenpausen wiederholt und während der letzteren zweimal täglich Waschungen mit einer Lösung von 0·2 Quecksilberbijodür und 1·0 Quecksilberbichlorür in 40·0 Alkohol und 250·0 Wasser vorgenommen. Am 5. oder 6. Tage nach der Schabung und den Waschungen wird der behaarte Theil des Kopfes mit Vaselin 100, Chrysophan-, Salicyl- und Borsäure ana 2 eingerieben und mit einer Gummi- oder Leinenkappe gedeckt, nach 24 Stunden die Einreibung wiederholt und nach weiteren 24 Stunden von Neuem vier Tage hindurch mit Seife und der Quecksilberlösung gewaschen. Hierauf folgen wieder die beiden Salbeneinreibungen und so fort alternirend während 20—25 Tage. Jetzt kann, da die Haare nachgewachsen und nicht mehr so gebrechlich sind, die Epilation vorgenommen werden, die ebenfalls zu wiederholen ist. Die ganze Behandlung umfasst in der Regel zwei oder drei Abschabungen und zwei Epilationen und führte im Hôpital Saint-Louis zu vorzüglichen Resultaten.

325. ***Fall von spontaner Gangrän am linken Vorderarm.*** *Demonstrirt von* ***H. Hebra.*** *Verhandl. d. Wien. dermatol. Gesellsch. im J. 1891. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 337.)*

Das von *Hebra* vorgestellte Mädchen hat sich vor 10 Monaten mit siedendem Wasser den linken Vorderarm in seinem unteren Drittheil an einer flachhandgrossen Stelle verbrannt. Wegen dieser Verbrennung stand sie an Prof. *Kaposi's* Klinik in Behandlung und entwickelte sich unter dieser die jetzt sichtbare, die Weichtheile etwas constringirende Narbe. Plötzlich traten vor 14 Tagen ohne jedwede dem Mädchen bekannte Veranlassung an drei Stellen der Beuge und an einer Stelle der Streckseite desselben Vorderarmes röthliche Flecke auf. Diesen Flecken entsprechend wurde die Haut dann plötzlich gangränös. Der Fall entspricht vollständig dem Fall, welchen *Neumann* zuerst beschrieben. In ätiologischer Be-

ziehung wäre vielleicht zu erwägen, ob sich nicht vielleicht durch die grosse, in Folge der Verbrennung entstandene Narbe eine Neuritis ascendens entwickelt habe, welche die Veranlassung zur Spontangangrän gab. *Neumann* erwidert: Bei der Kranken, welche er mit spontaner Gangrän vorgestellt hatte, wurde zunächst vermuthet, dass die betreffende Person sich künstlich Schorfe erzeuge. Er und mehrere Collegen überwachten nun die Kranke genau; dieselbe gab nun an, dass in einiger Zeit, an irgend einer Hautstelle, an welcher sie Stechen verspürte, ein rother Fleck entstehen werde und eine halbe Stunde, nachdem dieser Fleck sichtbar geworden war, wurde die besprochene Stelle der Haut necrotisch. Aus den betreffenden Stellen floss eine Flüssigkeit, welche der Flüssigkeit, die aus Eczemblasen herausfliesst, ähnlich war. Bei dieser Person war die Hautgangrän sowohl am Vorderarm, als an der Brust symmetrisch aufgetreten. Seit jener Zeit sind bei diesem Mädchen keine weiteren Erscheinungen von Gangrän zur Beobachtung gekommen.

326. ***Ueber Injection löslicher Quecksilbersalze.*** *Von* **Lukasiewicz.** *Verhandl. d. Wien. dermatol. Gesellsch. im J. 1891. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 333.)*

Von der Voraussetzung ausgehend, dass grössere Mengen löslicher Quecksilbersalze intensiver wirken und keine grosse Gefahr einer Quecksilberintoxication wegen der raschen Ausscheidung der löslichen Präparate bestünde, machte *Lukasiewicz* Einspritzungen einer drei- und später einer fünfprocentigen Sublimatlösung. *Lassar* hatte 2proc. Sublimatlösungen, *Schwimmer* 8proc. Sozojodolquecksilberinjectionen empfohlen. *Lukasiewicz* hat alle Injectionen intramusculär ausgeführt. Der Harn des Kranken wurde vor der ersten Injection untersucht und in Betreff der Ausscheidung des Quecksilbers der Harn des betreffenden Kranken systematisch geprüft, *Lukasiewicz* führt eine Reihe von Kranken, welche nach dieser Methode an Prof. *Kaposi's* Klinik in jüngster Zeit behandelt wurden, vor und hat sich nicht nur in leichteren Formen der Syphilis, sondern auch bei hartnäckigeren (Psoriasis palmaris) und schwereren (Gummata) in der Regel schon nach einer Einspritzung wesentliche Besserung geltend gemacht. In der Regel sah man schon nach der ersten Einspritzung nach drei Tagen eine auffällige Rückbildung der Initialsclerose und der geschwollenen Drüsen. In einem Falle waren acht Sozojodolquecksilberinjectionen wegen eines gummösen Syphilids ohne wesentlichen Erfolg angewendet worden. Nach einer 14 Tage dauernden Behandlungspause wurde zu den 5proc. Sublimatinjectionen gegriffen. Nach der ersten 5proc. Sublimatinjection begann die nun rasch erfolgende Heilung. Nur in einem Falle war schon nach der ersten Injection Stomatitis und Salivation aufgetreten. Diarrhoe wurde nie beobachtet. Die Methode wurde noch zu kurze Zeit geübt, um sich über Häufigkeit der Recidive und ähnliche Momente ein Urtheil bilden zu können. In der darauf folgenden Discussion bemerkt *Kaposi*: Die Versuche mit der von *Lukasiewicz* geschilderten Behandlungsmethode waren mit dem Gedanken unternommen worden, die Injectionen so selten als möglich ausführen zu müssen bei Vermeidung der mit den unlöslichen Präparaten gegebenen Gefahren. *Finger* meint, dass diese Injectionen

eine Brücke zwischen den Injectionen mit unlöslichen und löslichen Quecksilberpräparaten bilden dürfen. Er meint, bei dem Umstande, dass die Injectionen intramusculär gemacht wurden, bilde sich zunächst ein unlösliches Hg-Albuminat, welches allmälig in den Organismus aufgenommen wird, wobei er ein besonderes Gewicht auf die intramusculäre Injection legt.

327. ***Die Abortivbehandlung des Erysipels.*** *Von Dr.* **N. Amici.** *(Gaz. degli ospitali. 1890. 85. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 39.)*

Im Jahre 1885 empfahl Verf. die Anwendung einer Mischung von Carbolsäure und Alkohol zu gleichen Theilen behufs abortiver Bekämpfung des Erysipels; die Flüssigkeit sollte auf die kranken Hautstellen alle zwei Stunden aufgepinselt werden, und zwar nicht nur auf die vom sichtbaren Erysipel ergriffenen Stellen, sondern vor Allem auf die gegen Fingerdruck empfindlichen Nachbargebiete, in welchen, bei äusserlich normaler Beschaffenheit, das Erysipel noch latent ist. Insofern andere Aerzte letztere Bedingung nicht erfüllten, blieb der Erfolg in vielen Fällen aus. Verf. selbst hat sich nach wie vor von der Wirksamkeit seiner Abortivcur überzeugt. Bei zarter empfindlicher Haut wendet er heute, statt der oben genannten Mischung, eine aus gleichen Theilen Carbolsäure und Glycerin zusammengesetzte an; diese verursacht selbst Kindern keinen Schmerz und erzeugt nicht die nachbleibende Röthung der Haut, wie sie nach Gebrauch der alkoholischen Lösung sich einstellt. Nothwendig sei es auch bei dieser äusseren Anwendung der Carbolsäure, stets auf das Auftreten des „Carbolurins“ zu achten. Bei Kranken, welchen der Carbolgeruch unausstehlich ist, wendet Verf. Pinselungen mit einer 1procentigen Sublimat-Glycerinlösung an, die sich ihm auch in der Behandlung der Lymphangoitis hilfreich erwies. Mercurialstomatitis hat er bei stetiger Aufmerksamkeit nie bei jener Application gesehen. Verf. betont, dass es auf die Wahl des Antisepticums weniger ankomme, als darauf, das Medicament gegen das latente Erysipel wirken zu lassen.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

328. ***Die functionelle Asymmetrie des Facialis.*** *Von* **Onanoff.** *(Gaz. méd. de Paris. 1892. 9. Januar.)*

Verf. theilte in der Société de Biologie eine grössere Arbeit über obigen Vorwurf mit, aus welcher wir nur einige wichtigere Momente entnehmen wollen. Die auffallendste Erscheinung ist die Fähigkeit des Lidschlusses auf einer Seite, ohne dass die andere afficirte Stelle dasselbe zu leisten im Stande wäre. Manche können nur das rechte, andere nur das linke Lid schliessen. Die einseitigen Muskelbewegungen der nicht allein schlussfähigen Facialseite sind nicht deutlich ausgeprägt. Ohne den Anschein einer Facialparalyse sind die Gesichtsfalten nicht hervortretend. Nach vielen Untersuchungen ist als Ursache dieser auffallenden Erscheinungen das Sehen selbst angenommen worden. Man fand constant eine Abnahme des Sehvermögens der entsprechenden Gegenseite. Die Augenaffection

(Cataracta etc.) ist primär, die asymmetrische Motilität auf der anderen Seite secundär. Die Erklärung für diese Erscheinung ist in dem vorwiegenden Gebrauch des gesunden Auges mit dem entsprechenden Muskelapparat zu suchen. Bei Tabetikern hat dieses Verhalten einen differentialdiagnostischen Werth.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

329. ***Das Verhalten der Gallenfarbstoffe in den Fäces Gesunder und Kranker bei Anstellung der Gmelin'schen Probe.*** *Von **J. Rosenthal.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 32. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 7.)*

Verf. studirte das Vorkommen unzersetzter Galle in den Fäces mittelst *Gmelin's* Probe unter dem Mikroskop. Die Reaction gelang nie mit Entleerungen Gesunder, bei Patienten mit Diarrhöen in Folge acuter oder chronischer Darmleiden erst bei mindestens 5—6 Defäcationen während 24 Stunden in den diese Zahl erreichenden und allen sie überschreitenden Stühlen, die reiswasserartigen ausgenommen. Ebenso ist bei den mit Laxantien erzielten Sedes stark obstipirter oder regelmässig defäcirender Individuen nur die Steigerung der Zahl der Stühle von Belang, erhöhte Peristaltik mithin in allen Fällen massgebend. Die Wirkung verschiedener Abführmittel ist bezüglich des Erfolges der Reaction eine meist gleiche. Liess bei Personen mit normaler Darmerregbarkeit die Wirkung des Purgans auf sich warten, um später doppelt heftig einzutreten, so erschien die Reaction auch bei weniger zahlreichen Entleerungen, wenn die Intervalle zwischen denselben hinreichend kurz, unter 1—2 Stunden, waren und blieb stets wieder nach mehr als vierstündiger Pause aus. Wurden bei Obstipirten nur 4 Stühle in 24 Stunden erzielt, so war die Reaction negativ, gelang aber, wenn nach 1 Tag das Purgans auf's Neue gegeben war, sobald die Zeit zwischen 2 Stühlen unter 4 Stunden betrug. Normale Galle wandelt sich also mindestens in 4 Stunden im Darm in ihre Reductionsproducte um. Vermehrte Darmbewegung bewirkt ferner fast ausnahmslos ein gleichmässiges Vorrücken des Darminhaltes. Ob die durch Abführmittel künstlich gesteigerte Peristaltik auch die Gallensecretion erhöhte, lässt sich nach diesen Versuchen nicht entscheiden.

330. ***Ueber Perforationen des Processus vermiformis und des Cöcums.*** *Von **H. Einhorn.** Aus dem pathol. Institut zu München. (München. med. Wochenschr. 1891. 7 u. 8.)*

Verf. hat auf Anregung von Prof. *Bollinger* aus einer Summe von über 18.000 Sectionsprotokollen des Münchener pathologischen Institutes (1854—1889) 100 Fälle von Peritonitis nach Perforation des Processus vermiformis und des Cöcums gesammelt. Es wurden alle Perforationen in Folge tuberculöser, typhöser oder dysenterischer Geschwüre ausgeschlossen. Er kam dabei zu folgenden Resultaten: 91 Procent der Perityphlitiden sind Folgen von Erkrankungen des Wurmfortsatzes; primäre Perforationen des Cöcums fanden sich nur in 9 Procent der Fälle im Anschluss an Stenose des Darmlumens. Die Typhlitis und Perityphlitis kommt, entgegen den übereinstimmenden Angaben aller Autoren, in gleicher Häufigkeit bei beiden Geschlechtern vor. Eine Prädisposition besteht nur in höherem Lebensalter, nicht, wie bisher allgemein angenommen

wurde, in der Jugend. Die Ursachen der Perforation bilden nur in den seltensten Fällen Fremdkörper, in den meisten Fällen eingedickte verhärtete Kothpartikelchen. Die Bildung derselben wird begünstigt sowohl durch Gestalt und Lageveränderungen des Processus vermiformis, als durch Erkrankungen seiner Schleim- und Muskelhaut. Die letzteren sind nicht selten bedingt durch fehlerhafte Zusammensetzung der Nahrung (Vegetabilien). Eine weitere häufige Ursache für die Typhlitis und Perityphlitis bilden Traumen.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

331. ***Untersuchungen über das Verhalten der Typhusbacillen im Boden.*** *Von Dr.* ***Justyn Karlinski****, Konjica, Herzegowina. (Arch. f. Hygiene. 1891.)*

Verf. gelangt auf Grund sorgfältiger Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die längste Lebensdauer der Typhusbacillen im Boden beträgt 3 Monate. 2. Die Lebensdauer der Typhusbacillen, die mit typhösem Kothe in die Erde eingeführt wurden und dort unter natürlichen Verhältnissen belassen worden sind, ist wesentlich kürzer als die der Blutbacillen, die in Reinculturaufschwemmung derselben Erde beigefügt wurden, was wohl der Thätigkeit der gleichzeitig zugesetzten Kothbacterien zuzuschreiben wäre. 3. In den tieferen Bodenschichten vermögen die Typhusbacillen den wechselnden Einflüssen der Temperatur, der Feuchtigkeit und Thätigkeit der Bodenmikroorganismen Trotz zu bieten. 4. Auf der Oberfläche der Erde, der Befeuchtung und der Sonne ausgesetzt, gehen dieselben bald zu Grunde. 5. Die wechselnde, reichliche Befeuchtung, einerlei, ob dieselbe von oben oder von unten die inficirte Bodenschichte trifft, kürzt die Lebensdauer der eingesäeten Typhusbacillen wesentlich. 6. In den Bodenschichten, zu welchen die Pflanzenwurzeln reichen, ist die Lebensdauer eine sehr kurze. 7. Während der Fäulniss der Organe von Typhusleichen kommt es zu einer beträchtlichen Temperatursteigerung. 8. Die Typhusbacillen können in den Organen begrabener Typhusleichen, unter Umständen bei verzögerter Fäulniss, und bei behindertem Zutritt von specifischen Fäulnissorganismen noch nach 3 Monaten nachgewiesen werden.

332. ***Die Krankheiten der Steinkohlenarbeiter.*** *Von* ***P. Fabre****, Commentry. (Bull. de l'acad. de méd. 1890, 3, pag. 2. — Schmidt's Jahrb. 1891. 7.)*

Verf. theilt auf Grund seiner in zwanzigjähriger umfangreicher Thätigkeit gewonnenen Erfahrungen die Gewerbekrankheiten der Steinkohlenarbeiter in zwei Classen: in accidentelle und eigentlich gewerbliche. Erstere werden hervorgerufen durch die mannigfachen Unglücksfälle, welche durch Explosionen, schlagende Wetter, unterirdische Ueberschwemmungen, Ausströmungen giftiger Gase, Zerreissen von Fördervorrichtungen, Bergstürze u. dergl. die Arbeiter bedrohen. Hierher gehören auch die bei anderen Erdarbeitern häufigen verschiedenartigen Verwundungen, Quetschungen, Knochenbrüche u. dergl. Die eigentlich gewerblichen Krankheiten

der Arbeiter in den Steinkohlenbergwerken führt Verf. auf folgende fünf wesentliche Schädlichkeiten zurück: 1. Mangel an Sauerstoff; 2. Feuchtigkeit und Nässe; 3. gefährliche und übelriechende Ausdünstungen; 4. die grosse Hitze in gewissen Abtheilungen; 5. den Kohlenstaub. Es erkrankten insbesondere: *a)* die Luftwege durch Bronchitiden, durch „Anthracosis" in Folge des Kohlenstaubes, ferner auch an Emphysem; *b)* die Circulationsorgane in Folge des Mangels an Sauerstoff in der Luft, Anämie; *c)* die Verdauungsorgane an Catarrhen, Diarrhoen u. dergl.; auch deren Erkrankung durch Eingeweidewürmer sei häufig, da leicht in das schlechte Grubenwasser in unrein gehaltenen Gruben die Larven aus den Excrementen der Arbeiter gelangen; *d)* Gelenke und Muskeln erkranken in Folge der Temperaturwechsel leicht rheumatisch, dazu kommen die verschiedenartigsten Neuralgien; *e)* von Sinnesorganen erkrankten besonders oft die Ohren in Folge von Cerumenanhäufung durch den eindringenden Kohlenstaub, die Augen durch Fremdkörper und an Nystagmus. Prophylactisch fordert Verf. folgende, meist gegenwärtig in den Bergwerken seiner Gegend eingeführte Massregeln: Sorgfältige, gründliche, streng überwachte Ventilation, Verwendung von Pferden für das Schieben und Ziehen von Förderwagen, gänzliches Verbot der Frauen- und Kinderarbeit, verbesserte Einfahreinrichtungen. Ref. *Wehmer* knüpft daran die Mahnung: Sorge für gutes Trinkwasser und saubere ausreichende Aborte.

333. ***Gesundheitsschädlichkeit der Seidenindustrie.*** *Von* **Combassédés.** *(Ann. d'hyg. publ. 1890. XXV.)* — ***De la tuberculose chez les ouvriers en soie.*** *Von* **Givre.** *Paris 1890.*

Combassédés bespricht die Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter, welche mit den Abfällen der Seide beschäftigt sind. Von solchen Abfällen werden alljährlich 3,000.000 Kgrm. nach Frankreich (aus dem Orient) importirt. Sie sind sehr häufig infectiös und verbreiten auch bei Bearbeitung einen äusserst unangenehmen Geruch. In 1 Cbm. Werkstättenluft befinden sich ausserdem nach Angabe des Verf. nicht weniger als 760,000.000 Staubtheilchen; so stark wird die Reinheit der Luft beeinträchtigt, in der die Arbeiter 12 Stunden täglich sich aufhalten. Sie sind alle anämisch, leiden der überwiegenden Mehrzahl nach an Störungen der Athmungs- und Digestionsorgane und haben eine grosse Mortalität. Er fordert, dass die Abfälle bei der Ankunft in Frankreich desinficirt werden, dass man die Arbeitsstätte ausreichend lüfte, die Emanationen und den Staub absauge, und dass man bessere Wohnungen für die unglücklichen Arbeiter einrichten möge. — Mit dem Vorkommen von Tuberculose bei den Seidenwebern beschäftigt sich eine Schrift *Givre's*; der Verf. tritt in ihr der Ansicht entgegen, dass die Seidenweber in Lyon wesentlich häufiger von jener Krankheit befallen werden als andere Personen. Die allgemeine Schwindsuchtssterblichkeit in Lyon beträgt nach ihm 20·2 Procent, diejenige der Seidenweber 25·1 Procent. Im Uebrigen ist die gesundheitliche Lage der letzteren nur eine mässig gute. Es hängt dies mit dem steten Aufenthalte derselben in Binnenluft und mit ihrer unzureichenden Ernährung zusammen. Tritt bei ihnen Tuberculose auf, so rührt dies davon her, dass gesunde in unmittelbarster Nähe mit schwer erkrankten Arbeitern beschäftigt sind, aus denselben

Schüsseln essen und trinken, oft in demselben Bette schlafen. Bei den Seidenwebern findet man in Folge der steten forcirten Bewegung des rechten Beines eine bemerkenswerthe Umfangszunahme desselben und bei den „Fileuses“ häufig Scoliosis.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

334. *Ueber Eclampsie.*

Von ***Robert Olshausen.***

(Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. Nr. 39. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1892.)

Angezeigt von ***Prof. Dr. Kisch*** *in Prag-Marienbad.*

Der berühmte gynäkologische Kliniker Berlins, Prof. *R. Olshausen*, gibt in dem vorliegenden Hefte an der Hand von 200 Eclampsiefällen der Berliner Universitäts-Frauenklinik eine präcise Darlegung der von ihm festgestellten klinischen Thatsachen und seiner dadurch gewonnenen Ansicht über Eclampsie. In der klaren, markigen und ruhigen Weise, welche wir an diesem Autor gewohnt sind, frei von jedem polemischen Beiwerk, erörtert er das Vorkommen, die Erscheinungen, die Prognose und Therapie der in Rede stehenden Krankheit. In der ersten Beziehung constatirt der Verf. den auffälligen Umstand, dass die Fälle von Eclampsie sich zu Zeiten häufen, und ergibt sich aus den Tabellen, dass die Häufung der Fälle in der Berliner Frauenklinik vorzugsweise die Monate von October bis Februar betrifft. Es wird ferner die bekannte Erfahrungsthatsache bestätigt, dass die Primiparae das grösste Contingent — bei Verf. 74 Procent — stellen. Ueber das Wesen der Eclampsie spricht sich Verf. folgendermassen aus: Die Krankheit besteht in einer Intoxication, bedingt durch eine in der Regel ziemlich acut behinderte Function der Nieren. Diese letztere rührt in der Mehrzahl der Fälle von einer acuten oder subacuten Veränderung des Nierenparenchyms her, wesentlich des Epithels der Harncanäle. Seltener sind chronische parenchymatöse Nephritis (Morbus Brightii) oder interstitielle Nephritiden Ursache der gestörten Nierensecretion, oder es kommt zur chronischen interstitiellen Nephritis eine acute Fettentartung hinzu, wodurch dann um so leichter eine deletäre Wirkung bedingt werden muss. Ausnahmsweise können ganz andere Veränderungen der Niere die acute Beschränkung der Urinsecretion herbeiführen, z. B. Compression des Ureter und Hydronephrose oder Veränderungen des Nierenparenchyms durch toxische Stoffe (Sublimat, Carbol). Diese letzteren geben der Intoxicationstheorie überhaupt eine weitere Stütze. Hört eine Eclampsie auf, ohne die Schwangerschaft zu unterbrechen, so kommt es bei der später erfolgenden Geburt fast niemals zu nochmaligen Krämpfen. Dass dies von dem Tode der Frucht abhängt, ist noch durchaus unerwiesen.

Für die Prognose der Eclampsie sind in Betracht zu ziehen die Möglichkeit, die Geburt bald zu beendigen, die Zahl der Anfälle und ihre Intensität. Hohe Temperatursteigerung und schlechte Beschaffenheit des Pulses (Kleinheit und grosse Frequenz) sind von schlechtester Bedeutung. In der Mehrzahl der Fälle bleibt die Prognose nicht nur während der Dauer der Anfälle, sondern noch während des Coma eine dubiose. Die Prognose ist für die Kinder noch schlechter als für die Mütter. Die sensu strictiori puerperalen Eclampsien scheinen günstig zu sein, wenn sie in den ersten 1 bis 2 Stunden post partum zum Ausbruch kommen. Die spät ausbrechenden sind besonders ungünstig. Zahlreiche Fälle der Eclampsie kommen vor jeder Geburtsthätigkeit in der Schwangerschaft vor und schätzt Verf. das auf 30, vermuthlich sogar 40 Procent.

Bezüglich der Symptomatologie wird hervorgehoben, dass in einzelnen Fällen (Verf. hat solche drei Fälle beobachtet) dem Ausbruche der ersten Krampfanfälle eine unzweifelhafte Aura vorhergeht oder scheint das Bewusstsein im ersten Beginn des Anfalles noch nicht erloschen zu sein. Das Fehlen der Albuminurie ist ein äusserst seltenes Vorkommen, auch das Fehlen aller Nierenveränderungen bei der Section ist sehr selten. Bei einer einzigen Kranken konnte an den Nieren etwas Pathologisches nicht entdeckt werden. In 22 unter 37 Fällen fanden sich an der Niere die Erscheinungen eines acuten oder subacuten Processes, welcher sich am Parenchym der Nieren abspielte und bald mehr in einer acuten Fettentartung der Epithelien der Rindensubstanz (sogenannte Schwangerschaftsnoxe), selten der Glomeruli, bald in einer tiefergehenden Veränderung des Parenchyms sich documentirte. Von den 200 Eclamptischen, welche der Arbeit des Verf. zu Grunde gelegt sind, starben 50. Von dem tödtlichen Ausgange wurden Erst- und Mehrgebärende in gleichem Masse betroffen. Da fast alle diese Fälle erst nach mehr oder minder langem Bestehen der Eclampsie in die klinische Behandlung eintraten und aus der Poliklinik die leichten Fälle weniger constant in die Klinik überführt werden, so kann bei der hohen Ziffer schwererer Fälle die Mortalitätsziffer als nur mässig gross bezeichnet werden.

Die Therapie der Eclampsie betreffend, bevorzugt Verf. das Morphium in grossen Dosen. Als erste Dosis pflegt der Verf. 0·03 subcutan zu appliciren, und wenn die Anfälle nicht bald sistiren, lässt er eine weitere Dosis nehmen, geht in der Gesammtdosis aber selten über 0·06. Wenn die Beschaffenheit der Pupillen oder des Pulses ein Fortgeben des Morphiums nicht rathsam erscheinen lässt, gibt derselbe bei Fortdauer der Anfälle Chloral zu 2·0 oder 3·0 Grm. in Clysma. Die Chloroformnarcose als vorwiegendes Mittel hält Verf. nur in den ziemlich seltenen Fällen am Platze, in welchen die Wiederkehr der Anfälle in ziemlich regelmässigen Pausen erfolgt. Von Diaphoreticis, Brompräparaten, Einwicklungen und Bädern macht er während der Dauer der Eclampsie keinen Gebrauch, scheut überhaupt alles unnöthige Hantiren mit der Kranken, weil gar zu oft dadurch Krampfanfälle ausgelöst werden. Wenn im tiefen Coma Erstickung droht, soll der Oberkörper der Kranken unter tiefer Senkung des

Kopfes zum Bette herausgebogen werden, wodurch sich oft ganz colossale Mengen Schleimes entleeren, worauf die Respiration freier wird und die Cyanose nachlässt. Man kann, nach Verf., auch mit Wattepinseln oder kleinen Schwämmen, deren man Dutzende nacheinander einführt, den Schleim aus dem Schlunde entfernen und das gleiche Resultat erreichen. Gerade aus Rücksicht auf solche Manipulationen hält der Verf. eine beständige ärztliche Ueberwachung der Kranken für nothwendig. Bezüglich der operativen Eingriffe sprenge man bei Mehrgebärenden bei bestehender Geradlage die Blase sobald als möglich, zur Einleitung, resp. Beschleunigung der Geburt. Sobald der Muttermund kein Hinderniss mehr gibt, greife man zur Zange. Mit der Wendung und mit Incisionen des Muttermundes solle man sparsam umgehen. Für einzelne Fälle könne im Interesse der Mutter oder bei einer Moribunden im Interesse des Kindes die Sectio caesarea indicirt sein, doch sei es unmöglich, hier präcisere Vorschriften aufzustellen. Verf. betont, im Gegensatze zu anderen Autoren, dass die Beendigung der Geburt günstig wirkt, indem in einer grossen Zahl von Fällen die Anfälle alsdann schnell sistiren. Unter 143 diesbezüglich zu verwerthenden Fällen der Beobachtung des Verf. hörten mit der Geburtsbeendigung die Anfälle sofort auf 92mal, kamen die Anfälle nur noch 1- oder 2mal wieder 29mal, kamen die Anfälle noch 3mal oder öfter wieder 22mal. In ungefähr 85 Procent der Fälle war also mit der Entbindung die Eclampsie sofort oder sehr schnell vorüber, eine Thatsache, welche allerdings mit Entschiedenheit für den günstigen Einfluss der Beendigung der Geburt spricht.

Literatur.

335. ***Die Tinctionsbehandlung inoperabler maligner Neoplasmen.*** *Von Prof. Dr. R. v. Mosetig-Moorhof. Mit 3 Tafeln. Wiener Klinik. 1. Heft. Wien 1892, Urban und Schwarzenberg.*

Wir müssen dem Verf., dem die chirurgische Therapie so namhafte Verbesserungen zu verdanken hat, dankbar dafür sein, dass er seine Erfahrungen über das im Titel genannte Thema in dem vorliegenden Hefte gesammelt und geordnet niedergelegt hat, umsomehr, als die bisherigen Mittheilungen des Verf. über diesen Gegenstand in der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, wie dies ja die Form der Vorträge mit sich bringt, nicht jene Ausführlichkeit in der Darstellung haben konnten, um nach derselben auch andere Praktiker und Chirurgen zur Aufnahme der hier geschilderten Heilmethode zu befähigen. Auch wir beschränken uns darauf, den Leser auf die vorliegende Abhandlung aufmerksam zu machen, eben weil eine auszugsweise Mittheilung der Methodik für die Zwecke der Praxis in diesem Falle nicht ausreicht. Auf pag. 18 spricht sich *v. Mosetig-Moorhof* über den Werth der Tinctionsbehandlung in folgender Weise aus: „Welche Bedingungen von Seite des jeweiligen Neugebildes es für die Pyoctaninbehandlung günstig gestaltet und welche nicht, konnte ich bis jetzt mit annähernder Bestimmtheit nicht ermitteln. Grösse des Tumors, langer Bestand, ob Sarcom, ob Carcinom, ob primär, ob recidiv, Alter des Patienten haben keine entscheidende Bedeutung, eher mögen massgebend sein die Localität des Leidens, Consistenz, der

Blutreichthum und die Form des Tumors. Doch auch in solchen zweifelhaften Fällen kann das Pyoctanin Anwendung finden, den decidirten Schaden habe ich davon selbst bei a priori für ungünstig erachteten Fällen gar nie beobachtet, im Gegentheile, es trat mit einer einzigen Ausnahme zum mindesten subjective Besserung ein und wurde das Wachsthum verlangsamt. Einige wenige unter den beobachteten inoperablen Fällen gediehen sogar befriedigend, für zwei Sarcomfälle stehe ich sogar nicht an, für die Tinctionstherapie den gleichen Erfolg zu beanspruchen, wie er sonst bei operablen Fällen einer gelungenen Operation zukommt." Verf. führt von 70 und mehr Fällen, die bis jetzt nach dem Tinctionsverfahren behandelt wurden, die wichtigsten 10 Fälle sowohl in ausführlicher Schilderung, als tabellarisch geordnet, an. In neuerer Zeit hat Verf. statt des Pyoctanins eine 2procentige Carminlösung als Tinctionsmittel versucht. Letztere Tinction zeigt raschere Effecte, vielleicht weil das Carmin rascher diffundirt und nicht so lange an Ort und Stelle bleibt wie das Methylviolett. — Die Ausstattung des Heftes ist eine vorzügliche. *O. R.*

336. ***Das Unterrichtswesen in Wien.*** *II. Mittel- und Hochschulen. Bearbeitet von Dr.* ***Wilhelm Löwy****, Magistrats-Concipist im statistischen Departement. Mittheilungen des statistischen Departementes des Wiener Magistrates. Separatabdruck aus dem Oesterreichischen Städtebuche (IV. Jahrgang). Wien, Druck und Verlag der k. k. Hof- und Staatsdruckerei, 1891.*

Jene unserer Leser, welche sich für den Stand der im Titel angegebenen Lehranstalten unserer Residenz interessiren, machen wir auf die vorliegende Schrift aufmerksam, in welcher sie ausser durch den erläuternden Text auch noch durch zahlenmässige Belege das Aufblühen jener Lehranstalten im letzten Decennium verfolgen können. Enorm ist die Zunahme der Medicin-Studirenden an der Wiener Universität trotz der fortwährenden Klagen über die Misère der ärztlichen Verhältnisse. Während im Jahre 1881 die Anzahl der Mediciner in Wien 1337 betrug, sehen wir im Jahre 1890 deren 3105. Leider fehlt eine Zusammenstellung des Lehrkräfte nach den Facultäten geordnet, aus der man ersehen könnte, in welchem Masse die Vermehrung der Schüler auch die der Professoren nach sich zieht. Nimmt man die Studienzeit des Mediciners als 6jährig an, dann hätten im Jahre 1890 die Wiener Universität 500 neue Aerzte verlassen sollen. Bekanntlich erreicht aber nur ein Drittel der so berechneten Anzahl dieses Ziel. Mögen diese Zahlen an massgebender Stelle ihre Würdigung finden. *R.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

337. ***Ueber Leukämie und Pseudoleukämie.*** *Von Dr.* ***Troje.*** *Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft. Sitzung vom 24. Februar 1892. (Münchn. med. Wochenschr. 1892. 10.)*

Die zahlreichen verdienstvollen Arbeiten auf dem Gebiete der Bluthistologie haben doch nur wenige Momente ergeben, welche differentialdiagnostisch für die Unterscheidung von Leukämie und transitorischer Leukocytose verwerthbar sind. Diese wenigen Momente sind nicht einmal constant. So hat z. B. der bisher allgemein anerkannte Satz *Ehrlich's*, dass im leukämischen Blute die eosinophilen Zellen stets vermehrt sind, der Prüfung nicht Stand gehalten. *Troje* sah einen Fall von Leukämie, der eosinophile Zellen nur in geringer Menge und lange Zeit gar nicht führte, und umgekehrt fand er im Blute eines völlig Gesunden eosinophile Zellen in grosser Menge. Die Bemühungen von *H. F. Müller*, gewisse „Markzellen" als charakteristisch für Leukämie von den Leucocyten des normalen Blutes zu sondern, haben kein Ergebniss gehabt, wie des Vortragenden Untersuchungen ergaben. Eine weit höhere Bedeutung für die Differentialdiagnose misst *Troje* der von *Müller* betonten Formenverschiedenheit der im leukämischen Blute sich findenden weissen und besonders der eosinophilen Zellen bei. Das Auftreten zahlreicher verschiedener, meist mittelgrosser mononucleärer Formen neben den Zelltypen des normalen Blutes, die dem mikroskopischen Blutbilde ein ungewohntes, buntes Aussehen verleihen, hält er charakteristisch für Leukämie. Hinter diesen mit schmalem, homogenem Protoplasmasaume und relativ grossem, mittelstark tingiblem, fein reticulirtem rundlichem oder ovalem Kern versehenen Zellen können die gewöhnlichen Leukocytenformen, die Lymphocyten, die polynucleären Leucocyten und die grossen mononucleären Formen im leukämischen Blute wesentlich zurücktreten, ja absolut vermindert sein. *Troje* hält jene Form für die Jugendform der weissen Körper und setzt sie den von *Flemming* beschriebenen theilungsreifen Zellen in den Keimcentren der Lymphdrüsen gleich, indem er annimmt, dass sie bei der Leukämie in unfertigem Zustande in den Kreislauf gelangen, statt in normaler Weise in Milz, Knochenmark und Lymphdrüsen fertig auszuwachsen.

Diese Zellen hat *Troje* häufiger in Karyokinese angetroffen. Im normalen, strömenden Blute gelang ihm das nie; er glaubt, dass die Leukocyten zur Kerntheilung einer gewissen Ruhigstellung bedürften, die sie in den Maschen des Reticulum der sogenannten blutbildenden Organe finden. Seine Untersuchungen ergaben, dass die in Milz, Knochenmark und Lymphdrüsen sich findenden Kerntheilungsfiguren Leucocyten angehören, wie auch *Flemming* meint, und nicht nur Reticulumzellen, wie *Baumgarten*, oder nur Endothelzellen, wie *Ribbert* annimmt. Genau dieselben leucocytären Elemente fand *Troje* an den sogenannten metastatischen Lymphomen in Leber, Nieren, Magen- und Darmschleimhaut. Auch hier finden sich reichlich Mitosen, ein wichtiger Unterschied von den Leucocyteninfiltraten, wie sie als Emigrationserscheinung bei Entzündungen sich findet. Diese Kerntheilung bietet eine wichtige Analogie zu Geschwulstmetastasen. An den rothen Blutkörperchen sah *Troje* auffallende Grössenunterschiede, Zwergformen von $3^1/_2$ μ neben Riesenformen von $15^1/_2$ μ Durchmesser. Einzelne zeigten die von *Ehrlich* und *Hayem* be-

schriebenen, Farbstoff aufnehmenden Lücken, auch fanden sich die von *Ehrlich* als Degenerationsformen bezeichneten vielfach, die mit Hämatoxylineosin eine violette Färbung gaben. Zu einem grossen Theil fand sich in ihnen noch der Rest eines dunkler tingirten Kerns.

Die kernhaltigen Erythrocyten zeigten in Gesammtgrösse, Form und Zahl der Kerne vielfache Verschiedenheiten. Der Durchmesser betrug 16—18 μ. Gigantoblasten gehören also nicht allein der perniciösen Anämie an. Den weitaus interessantesten Befund im leukämischen Blute bildete aber die Entdeckung in typischer Kerntheilung begriffener, rother Blutkörperchen. Daraus geht hervor, dass die kernhaltigen, rothen Körper, die unzweifelhaft die Vorstufe der gewöhnlichen darstellen, sich durch selbstständige Proliferation fortpflanzen. Damit ist der in sich schon unwahrscheinlichen Annahme, dass die Erythrocyten umgewandelte Leucocyten sind, jede Stütze entzogen; und damit fällt auch die Theorie, dass die Leukämie auf einer mangelhaften Umbildung von Leucocyten in Erythrocyten beruhe. Allgemein wird man zu der Vermuthung gedrängt, dass die Leukämie eine Infectionskrankheit sei. Besonders wird dies wahrscheinlich durch die Fälle von Leucaemia acuta und acutissima, die das klinische Bild einer acuten Infectionskrankheit geben und durch die Mittheilung von *Obrastrow*, dass der Pfleger eines an acuter Leukämie Erkrankten bald gleichfalls die Affection acquirirte. Demnach würde die Krankheit sogar als contagiös erscheinen.

Was die Eingangspforte betrifft, so findet man nach *Hinterberger* bei den acuten Leukämien in der Mehrzahl der Fälle eine Stomatitis oder Darmulcerationen, die er eher als Primäraffection und Eingangspforte auffassen möchte denn als häufige Complication. Aber auch bei der chronischen Leukämie dürfte meist der obere Theil des Tractus intestinalis, vielleicht die so häufig intumescirt gefundenen Mandeln, die Eingangspforte der Infection darstellen. Dafür spricht wenigstens, dass das erste Symptom der Leukämie meistens die Anschwellung der Lymphdrüsen am Halse zu sein pflegt. Häufig findet man auch im Beginn Magen- und Darmstörungen angegeben, so dass *Béhier* eine besondere gastrointestinale Form beschrieben hat. *Troje* schildert einen besonders interessanten Fall von gastrointestinaler Leukämie lympholienomyelogener Natur mit subacutem, deutlich recidivirendem Verlauf. Das 17jährige Mädchen ging mit den Erscheinungen des Morbus maculosus Werlhofii zu Grunde; nach einer Besserung, die fast zur völligen Heilung geführt hatte (der Hämoglobingehalt war von 10 auf 65 Procent gestiegen, kernhaltige rothe Blutkörperchen und Leucocytose, die in so geringem Masse vorhanden gewesen war, waren verschwunden), trat eine schnell progrediente Leukämie ein, die ad exitum führte. Der Fall drängt zu zwei Schlüssen: 1. dass es sich um eine recidivirende Infectionskrankheit handelte, und 2. dass eine Pseudoleukämie das aleukämische Vorstadium einer sich entwickelnden Leukämie darstellen kann.

Unter den Namen Pseudoleukämie werden eine ganze Reihe äusserlich ähnlicher, aber grundverschiedener Krankheiten in einen Topf geworfen. *Ebstein's* acute Pseudoleukämie ist z. B. mit dem Scorbut identisch; sein „chronisches Rückfallfieber“ sondert sich als eine eigenartige Infectionskrankheit von allen anderen ab. Wieder andere Formen sind einfache Lymphdrüsentuberculose, wenn auch *Billroth* wohl zu weit geht, der alle malignen Lymphome als bacilläre Tuberculose auffasst. In vielen der als auf Tuberculose beruhend beschriebenen Pseudoleukämien

scheint es sich um eine Mischinfection zu handeln. In einem anderen Falle sah *Troje* eine grosszellige Spindelzellensarcomatose aller Lymphdrüsen des Körpers; es handelte sich um eine „Pseudoleukämie“ mit Broncefärbung der Haut; der Fall ist jedenfalls von dem gewöhnlichen malignen Lymphom der Pseudoleukämie mit dem Klein-Rundzellensarcom der Lymphdrüsen zu trennen. Nach Ausscheidung aller dieser Gruppen bleibt noch ein Stamm von sogenannten Pseudoleukämien übrig, die nichts sind als aleukämische Vorstadien wahrer Leukämie. Fälle, wo eine Pseudoleukämie sich vor den Augen des Klinikers in eine Leukämie umwandelte, sind zahlreich beobachtet, neuerdings auch in der Pädiatrie, wo die Anémie infantile pseudoleucémique gleichfalls in wahre Leukämie übergehen kann, wenn nicht vorher schon die concomitirende Gastroenteritis den Tod herbeiführt. Zu einer Erklärung dieser scheinbaren Räthsel macht Vortragender folgende Reflexionen:

Bei acuten Entzündungen, z. B. bei acuter, eitriger Peritonitis, treten mehr Leukocyten aus dem Blute aus, als eine etwa plötzlich auftretende Proliferation der Leukocyten ersetzen könnte. Wir müssen also ein regulatorisches Vermögen der blutbildenden Organe annehmen, einen eigenthümlichen, schleusenartigen Mechanismus, vermittelst dessen sie für die Erhaltung eines bestimmten, dem Organismus zuträglichen Leukocytengehaltes im Blute Sorge tragen. Der erhöhten Ausgabe entspricht erhöhte Zufuhr. Auch die Ausgabe rother Blutkörper vom Knochemarke her scheint ähnlich regulirt zu sein. Normaler Weise gelangen nur ausgebildete Zellen in den Kreislauf; nur, wenn die Schleuse völlig freigegeben wird, kommen auch unfertige Elemente, z. B. auch kernhaltige rothe Blutkörperchen in den Blutstrom. Findet in den hämatopoëtischen Organen, z. B. auf bacteriellen Reiz, eine krankhaft vermehrte Proliferation weisser Blutzellen statt, wie beim Typhus in den lymphatischen Apparaten des Darms, in den mesenterialen Drüsen und der Milz, so wird der Uebertritt der aus der krankhaften Ueberproduction hervorgegangenen Zellen in das Blut durch den Regulationsmechanismus verhindert; die Organe schwellen in Folge dessen an. Aehnlich kann man sich die Vorgänge auch bei der Leukämie denken. Der wahrscheinlich mikroparasitäre Reiz führt auf dem geschilderten Wege zu der Ausbildung der zuerst weichen, später (durch Hypertrophie des Stützgewebes) harten Lymphome, so lange der Regulationsmechanismus functionirt, also zur sogenannten Pseudoleukämie. Sobald aber der Mechanismus durch Ueberanstrengung insufficient wird, wird das Blut mit Leukocyten, und zwar auch mit unfertigen Jugendformen und — wenn das Knochenmark erkrankt ist — auch mit kernhaltigen Erythrocyten überschwemmt, und die Leukämie ist fertig. So löst sich auch der Widerspruch, dass man Jugendformen der rothen Blutkörper da findet, wo sie in ihrer Gesammtheit vermindert erscheinen. In einzelnen Fällen kann ein regulatorisches Vermögen der Gefässwandung, weisse Zellen in besonderem Grade durchzulassen und im perivasculären Gewebe abzulagern, den Eintritt der leukämischen Blutmischung verzögern; dies Stadium würde dem Bilde einer Pseudoleukämie mit Metastasenbildung entsprechen. Dies Stadium kann aber übersprungen werden und die Metastasenbildung kann auch in einem späteren Zeitraum noch eintreten. Für diese Auffassung spricht eine Beobachtung von *Senator* an zwei $1^1/_2$jährigen Zwillingsschwestern. Die Eine hatte ein Verhältniss von 1 : 168, die Andere von 1 : 75 rothen Blutkörperchen. Bei der Ersteren aber war die Milz bedeutend grösser.

Hier hatte der Hemmungsmechanismus aber länger functionirt und so das Organ mehr ausgedehnt. Der Unterschied zwischen Pseudoleukämie und Leukämie ist also der, dass dort noch ein Regulationsmechanismus in Thätigkeit ist, der hier ausgesetzt hat.

Kleine Mittheilungen.

338. Auf Grund einer einschlägigen Beobachtung, nach welcher nach dem ***Stillen der Blutung einer Wunde durch Spinnengewebe die Erscheinungen von Tetanus aufgetreten*** sind, sind von den Professoren *Tamassa* und *Frattini* in Padua Untersuchungen angestellt worden, welche die Autoren zu folgenden Ergebnissen führen: Die so häufigen Tetanuskeime in gewissen Bodenarten können sich als Staub auf den an der Erde wie an den Mauern ausgebreiteten Spinnennetzen auflagern und die Verwendung eines solchen Spinngewebes zur Stillung einer Blutung kann Tetanus herbeiführen. Ausserdem können andere pathogene Keime, hauptsächlich die Eiter erregenden Mikrococcen, durch das Spinngewebe zu Infectionen Anlass geben. Darnach ist forensisch der Eintritt des Tetanus, welcher auf die Application von Spinngeweben auf eine Wunde folgt, ein Ereigniss, für welches die Natur der erst gesetzten Wunde allein nicht verantwortlich gemacht werden kann.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 7.)

339. ***Das Cornutin als wirksames blutstillendes Mittel bei Blutungen der Harn- und Geschlechtsorgane.*** *Von Dr.* ***A. Meisels.*** *(Pest. med.-chir. Presse. 1891. 39. — Centralbl. f. Chir. 1892. 9.)*

Verf. gibt bei Blutungen aus Harn- und Geschlechtsorganen (bei Urethritis, bei Cystitis, bei Uterusblutungen) Dosen von 0·01 pro die Cornutin und hat ausgezeichnete Erfolge damit erzielt. Diese guten Resultate haben ihren Grund in der constanten Contraction der Gefässe und glatten Musculatur des Urogenitalapparates, die durch das Cornutin bedingt wird.

340. ***Eine Elektrode von $17^1/_2$ Cm. Länge durch Bauchschnitt aus dem Colon descendens entfernt.*** *Von* ***Morse.*** *(Occident. med. times. 1891. December. — Centralbl. f. Chir. 1892. 9.)*

Einem an Hämorrhoiden leidenden Mann, der sich selbst wegen vermeintlicher Mastdarmstrictur mittelst elektrischer Sondirung behandelte, entglitt die Sonde und wurde durch den Versuch, sie herauszuziehen, von ihm immer tiefer in den Darm gestossen. Obgleich mit der ganzen Hand in den Mastdarm eingegangen wurde, konnte die Elektrode doch nicht erreicht werden, und es wurde nothwendig, sie durch Bauchschnitt und Einschnitt in das Colon descendens mit nachfolgender Naht zu entfernen.

341. ***Asa foetida gegen habituellen Abortus*** empfiehlt Dr. ***G. Turazza*** (Centralbl. f. Gyn. 1892. 9. — München. med. Wochenschr. 1892. 10). Er verordnet Gumm. res. asa foet. 6·0; f. pil. 60; hiervon sind, sobald man eine neue Schwangerschaft vermuthet, täglich 2, steigend bis täglich 10, zu geben mit allmäliger Verminderung bis zur Geburt. *Turazza* hat 4 Fälle in dieser Weise glücklich behandelt.

342. ***Die Trunksucht in Belgien.*** (Illenauer Wochenbl. 1891. 25. — Der Irrenfreund. 1892. 7 u. 8.) Das Land trinkt 10,000.000 Liter Alkohol im Jahr. Und dieser Verbrauch steigt noch fortwährend! Während in den letzten fünfzehn Jahren die Bevölkerung sich nur um 14 Procent vermehrt hat, hat der Verbrauch von Alkohol um 37 Procent zugenommen, und zugleich haben sich vermehrt:

die Fälle von Geisteskrankheit in Folge Trunksucht um 45 Procent,
das Verbrecherthum . . . . „ 74 „
die Selbstmorde . . . . „ 80 „
das Bettler- und Landstreicherthum . . . . „ 150 „

Dieser Stand der Dinge ist zum grossen Theil eine Folge des Alkoholismus. Das Land gibt für starke Getränke aus 135 Millionen im Jahre, während der Staat nur 16 Millionen auf den öffentlichen Unterricht verwendet. Es gibt 5500 Schulen und 136.000 Schankwirthschaften.

343. ***Wohlschmeckendes Ricinusöl.*** (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 4. — Therap. Monatsh. 1892. Februar.) Nach den Angaben von Dr. *Standke* im Laboratorium der Herren *Föllner* und *Bergmann* in Bremen wird wohlschmeckendes Ricinusöl dargestellt, indem feinstes Ricinusöl wiederholt mit heissem Wasser behandelt, dann mit so viel Saccharin versetzt wird, dass es wie ein dünner Syrup schmeckt, und schliesslich mit Zimmtaldehyd und Vanille aromatisirt wird. In allen Fällen, in denen ein solches „Oleum Pricini aromaticum" angewendet wurde, wurde dasselbe ohne Beanstandung und ohne Widerwillen eingenommen.

344. ***Gegen Oxyuris*** wendet **Minerbi** (Annal. de Méd. 1891. 49. — Therap. Monatsh. 1892. Februar) Klystiere mit Naphthalin nach folgender Formel an. Bei Kindern:

Naphthalini 1·0— 1·5,
Ol. olivarum 40·0—60·0.
DS. Für ein Klystier.

Bei Erwachsenen: *Naphthalini 5·0— 6·0,*
Ol. olivarum 60·0—80·0.
DS. Für ein Klystier.

345. ***Intoxication mit Phenacetin.*** (Med. Record. 1892, 23. Januar. — Pharm. Presse. 1892. 11.) Eine Dame holte sich in einer Apotheke zwei Phenacetinpulver à 0·6 Grm. und nahm sie innerhalb einer Viertelstunde ein. Fünf Minuten nach dem zweiten Pulver stellten sich Convulsionen, Schmerz in der Herzgegend und Präcordialangst ein. Die Patientin wurde bleich, mit profusem Schweiss bedeckt, puls- und stimmlos, mit verlangsamter Athmung. Die herbeigerufenen Aerzte waren erst nach einer Stunde und durch Anwendung von Stimulantien und Einathmen von Amylnitrit im Stande, die gefährlichen Symptome zu beseitigen. Man sieht daraus, dass Phenacetin nicht so harmlos ist und dass seine Anwendung Vorsicht gebietet.

346. ***Behandlung des Keuchhustens mit Quabain.*** Von **Porteus Lindey.** Das Quabain wird aus dem wässerigen Extracte der Radix Quabaio (Carissa Schimperi) durch Auskrystallisiren gewonnen. *Gernell* machte den ersten Vorschlag, das Quabain ($C_{30} H_{46} O_{12}$) bei Keuchhusten zu versuchen, er verordnete Kindern bis zu 5 Jahren 0·001 Gran 3—4stündlich und beobachtete Coupirung der typischen Hustenanfälle und Verminderung ihrer Zahl und Häufigkeit, auch die Heilung soll beschleunigt werden. *Porteus* bestätigt die günstigen Resultate von *Gernell.* Das Mittel wirkt schweiss- und harntreibend, es setzt Puls- und Respirationsfrequenz bedeutend herab. Erwachsenen kann man 0·001—0·002 Gran verordnen. (New-York med. Journ. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 1892. III.)

347. ***Fremdkörper während 38 Jahren im Larynx.*** *Von Dr.* **Marick P. Ravenel.** *(Med. News und Rev. de laryng. 1891. 10. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 2.)*

Ein 45jähriger Mann hatte als 7jähriges Kind eine Nadel verschluckt, welche nicht herausbefördert wurde; im Alter von 38 Jahren fürchteten die Aerzte Lungenphthisis, welche Symptome jedoch vorübergingen, es blieben nur Rauhigkeit der Stimme und continuirliches Hüsteln zurück. Am 29. Januar 1891 kam ein starker Hustenanfall mit Herauswerfen der schwarzgefärbten Nadel; gar kein Blut; die Stecknadel war $2^1/_2$ Cm. lang und mit einer $1^1/_2$ Mm. dicken Incrustation umgeben; die Spitze war leicht umgebogen. Die beiden symmetrisch an den hinteren Enden beider Taschenbänder gelegenen Wunden lassen schliessen, dass die Stecknadel quer auf dem Larynx auflag.

348. ***Amerikanische Abführpillen.***

Extr. belladonn.
Extr. nucis. vomic. aa. 0·2,
Podophyllini 0·36,
Aloës pulveris. 0·8
M. f. pill. Nr. XII.
Jeden Abend 1 Pille. (Pharm. Presse. 1892. 1.)

349. ***Defäcation durch den Mund.*** *Von* **Desnos.** *Pariser med. Ges. der Hosp. 27. Nov. 1891. (France méd. 1891. 49. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 7.)*

Ein Epileptiker beschmutzte bei Gelegenheit eines Anfalles mit einer aus dem Munde fliessenden, nach Geruch und Farbe fäculenten Flüssigkeit die Bettwäsche,

Auf Befragen erklärte er später, dass er seit 2 Jahren seine Fäces nicht mehr durch den Anus, sondern durch den Mund entleerte. Bei genauester Ueberwachung entleerte er in der That um 6 Uhr Abends eine Stunde nach der Mahlzeit fäcale Massen durch den Mund. Die Entleerung ging unter zwei verschiedenen Verhältnissen vor sich. Bald bat der Patient, wenn er merkte, dass es so weit war, ruhig um ein Gefäss und gab die Massen mit einigen leichten Brechanstrengungen von sich; bald fand diese Expulsion inmitten einer Nervenkrise, einigen leichten Convulsionen statt, während welcher er unaufhörlich eine Hand auf seinem Rücken in der Gegend des Oesophagus hielt, wobei er erklärte, einen lebhaften Schmerz zu empfinden. Die Massen füllten ein Speiglas vollkommen aus, waren geformt, von etwas weicher, an anderen Tagen harter Consistenz, tiefbraun, und boten den Anblick von Massen dar, welche im Dickdarm sich aufgehalten hatten, nachdem die Verdauung im Dünndarm schon vollendet war. Sie zeigten den gewöhnlichen Geruch von normalen Fäces, aber nicht die furchtbare Fötidität von gelblichen, flüssigen Massen bei fäculentem Erbrechen bei innerer Einklemmung. Sie enthielten keine Spuren von Nahrungsmitteln, obwohl die Mahlzeit erst eine Stunde vorüber war. Einige Stunden vor der Entleerung war bei dem Patienten der Unterleib gespannt, hart, das Volumen vermehrt; er zeigte selbst in den unteren Regionen eine Dämpfung, welche nach der Defäcation verschwand, während zu gleicher Zeit das Abdomen in seinem Volumen sich verminderte. Niemals war die Palpation schmerzhaft. Der Patient datirt diese buccalen Evacuationen auf 2 Jahre zurück, und zwar auf einen Anfall, wo er von einer Mauer auf einen Baumzweig gefallen war; er hatte sich an einem Punkt verwundet, den er bestimmt bezeichnete, am oberen und inneren Theil der Fossa iliaca dextra. Er hatte lange Zeit an diesem Punkte Schmerzen gehabt, obwohl jetzt nichts dort zu bemerken war. Vielleicht hatte sich eine Communication zwischen dem Dickdarm und einem höhergelegenen Theil des Dünndarms gebildet. Bei Hysterischen sind vorübergehend Defäcationen durch den Mund constatirt worden. Dieselbe erklärt *Desnos* so, dass sich spasmodische Contractionen des Dickdarms bilden, welche im Stande sind, den Fäces durch die Valvula Bauhini rückwärts den Durchgang zu verschaffen.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Bericht des k. k. Krankenhauses Wieden vom Solarjahre 1890. Im Auftrage des hohen Ministeriums veröffentlicht durch die Direction des Krankenhauses. Wien, Verlag des k. k. Krankenhauses Wieden. 1892.

Demme, Prof. Dr. R. Klinische Mittheilungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde. Achtundzwanzigster medicinischer Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern im Laufe des Jahres 1890. Bern. Commissionsverlag von Schmid, Franke & Co., 1891.

Ebenhoech, Dr. P., königl. bayer. Oberstabsarzt I. Cl. a. D. Der Mensch, oder wie es in unserem Körper aussieht und wie seine Organe arbeiten. Leichtfassliche Körper- und Lebenslehre zum Unterrichte an Mittelschulen, für Heil- und Lazarethgehilfen, Sanitätscolonnen, Samariter u. s. w., und zum Selbststudium bearbeitet von —. Mit zerlegbaren Abbildungen. Esslingen bei Stuttgart, Verlag von J. F. Schreiber.

Fischer, Dr. Bernhard, Director des chemischen Untersuchungsamtes in Breslau. Lehrbuch der Chemie für Mediciner. Unter Zugrundelegung des „Arzneibuches für das Deutsche Reich“ von —. Mit 46 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Klebs, Prof. Dr. E., Zürich. Die Behandlung der Tuberculose mit Tuberculocidin. Vorläufige Mittheilung von —. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1892.

Löwenfeld, Dr. med. L. Die objectiven Zeichen der Neurasthenie. Von —. Separatabdruck aus der Münchener med. Wochenschrift. Münchener medicinische Abhandlungen. VI. Reihe. 1892, München, Verlag von J. F. Lehmann.

Löwy, Dr. Wilhelm, Magistrats-Concipist im statistischen Departement. Das Unterrichtswesen in Wien. II. Mittel- und Hochschulen. Bearbeitet von —. Separatabdruck aus dem österreichischen Städtebuche (IV. Jahrgang). Mittheilungen des statistischen Departementes des Wiener Magistrates. Wien, Druck und Verlag der k. k. Hof- und Staatsdruckerei. 1891.

Schultze, Prof. Dr. Friedrich, Director der med. Klinik und Poliklinik in Bonn. Ueber die Heilwirkung der Elektricität bei Nerven- und Muskelleiden. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1892.

Senn N., Experimentelle Beiträge zur Darmchirurgie. Mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung des Darmverschlusses von —. Aus dem Englischen mit Autorisation des Verfassers übertragen von Dr. Willy Sachs, Specialarzt für Chirurgie zu Mühlhausen i. E. Basel, Verlag von Carl Sallmann, 1892.

Windler H., Preisverzeichniss der Fabrik chirurgischer Instrumente und Bandagen von —. Inhaber Herm. Windler und Georg Windler, kgl. Hoflieferant, Berlin N. W., Dorotheenstrasse 3 vis-à-vis der kgl. Universität. Berlin 1892, im Selbstverlage.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg** in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: **Eugen Schwarzenberg.**
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

WIENER MEDIZINISCHE PRESSE

XXXIII. Jahrg. 1892. Wochenschrift für praktische Aerzte. XXXIII. Jahrg. 1892.

Inhalt der Nummern 7–11 vom Jahre 1892:

Einzelpreis jedes Heftes: 45 kr. = 75 Pf.

Abonnements-Preise: „Wiener Medizinische Presse" und „Wiener Klinik": Inland: Jährlich 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährlich 20 Mark, halbj. 10 Mark, viertelj. 5 Mark. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährlich 24 M, halbj. 12 M. „Wiener Klinik" separat: Inland jährl. 4 fl., Ausland 8 M. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern u. Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Druck von Gottlieb Gistel & Comp in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

350. ***Ein Fall von symmetrischer Gangrän.*** *Von* ***F. W. Warfvinge.*** *(Arsberättelse från Sabbatsbergs Sjnkhus i Stockholm. X. 88.)*

Ein im Sabbatsberger Krankenhause vorgekommener Fall dieser seltenen Affection hat durch seinen rapiden Verlauf und den Sectionsbefund besonderes Interesse. Das Leiden begann etwa 30 Tage vor dem Tode mit dem symmetrischen Auftreten livider Flecken an Händen, Füssen und Beinen, verbunden mit leichter Anschwellung, heftigen brennenden Schmerzen und starker Empfindlichkeit. Die Flecken confluirten, wurden fast schwarz, die Haut wurde stellenweise durch gelbliche Flüssigkeit aufgehoben und löste sich ab, wobei die darunter befindlichen Partien trocken und schmutzigbraun erschienen. In den letzten 11 Tagen, die der Kranke im Hospitale zubrachte, bestand leichtes, aber continuirliches Fieber und ein typhöser Zustand. Wie schon der Verlauf auf eine Infectionskrankheit hindeutet, macht dies noch mehr der Leichenbefund wahrscheinlich, indem sich beträchtliche Schwellung und Erweichung der Milz, starke Schwellung und parenchymatöse Degeneration der Leber und Nieren und diffuse gelbe Verfärbung des Herzmuskels ergab. Ausserdem fand sich Oedem des Gehirns und makroskopisch eine Alteration des Rückenmarkes; dieses war im Lendentheile hart und fest, die weisse Substanz grau und gelatinös, die graue Substanz weissgelb; weiter oben war das Mark weniger fest als in der Norm. Mikroskopisch waren im Rückenmark Veränderungen nicht nachweisbar. An den der brandigen Partie entsprechenden Arterien fanden sich weder Embolien, noch Thromben, auch keine atheromatöse Veränderung. Auch konnte makroskopisch in den Nerven nichts Abnormes constatirt werden.

Th. Husemann.

351. ***Die klinische Prüfung der Hautreflexe.*** *Von Dr.* ***Richard Geigel.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 8.)*

Im Anschluss an die von *Plaesterer* angestellten Untersuchungen über das Verhalten der oberflächlichen und tiefen Reflexe bei 100 nervengesunden männlichen Individuen hat Verf. die Reflexe bei ebenso vielen Individuen weiblichen Geschlechtes geprüft und gefunden, dass die weniger bekannten Reflexe (Intercostal-, Interscapular-, Glutäalreflex) so selten zu beobachten sind, dass ihre Prüfung mit Recht für gewöhnlich unterlassen werden kann. Unter den mehr constanten Hautreflexen beim Manne spielt der Cremasterreflex eine ziemlich wichtige Rolle, beispielsweise fehlt sehr oft bei einer cerebralen Hemiplegie sofort nach geschehenem Insult derselbe auf der gelähmten, dem Herd gegenüberliegenden Seite. Es ist dieses also ein Symptom von verhältnissmässig grosser

Dignität. Bei Verf.'s Untersuchungen stellte sich nun heraus, dass ein recht constantes Aequivalent des Cremasterreflexes beim Weibe besteht. Streicht man nämlich die Haut des Oberschenkels an ihrer Innenfläche nach den äusseren Geschlechtstheilen oder auch unterhalb des Lig. Poupartii mit der Spitze des Percussionshammers, so erfolgt sofort auf der gereizten Seite eine mehr oder weniger lebhafte Contraction der untersten Bündel des Musculus obliquus internus oberhalb und entlang des Lig. Poupartii. Die völlige Gleichwerthigkeit dieses Reflexes mit dem Cremasterreflexe erhellt daraus, dass auch beim Manne, wenn der Cremasterreflex anspricht, nicht nur der Hoden gehoben wird, sondern auch die Obliquusfasern oberhalb des Leistenringes sich contrahiren. Weil aber häufig nur die Fasern des Musculus obliquus internus mit dem Namen Cremaster belegt werden, die bereits den Leistenring verlassen haben, und einen Theil der Hodenumhüllung ausmachen, empfiehlt es sich, jenen, beiden Geschlechtern gemeinsamen Reflex mit dem zutreffenderen Namen Obliquusreflex oder Leistenreflex zu bezeichnen. Verf. räth übrigens, bei jeder Prüfung eines Hautreflexes die erste Reizung energisch vorzunehmen und recht genau zuzusehen, denn ein Nachprüfen, ob man sich nicht getäuscht habe, wie bei den Sehnenreflexen, gibt es nicht, nur allzuoft ergibt allein die erste Reizung ein deutliches, positives, die zweite schon ein negatives Resultat. *H. Levy*, Breslau.

352. ***Zwei im Krankenhause Sabbatsberg beobachtete Fälle von Albuminuria cyclica.*** *Von* **John Bexelius.** *(Arsberättelse från Sabbatsbergs Synkhus i Stockholm. XII.)*

An den früher aus demselben Krankenhause von *Ringstedt* mitgetheilten Fall der von *Pavy* als cyclische Albuminurie beschriebenen Affection (Rundschau. 1890. 707) schliessen sich zwei neue Fälle bei Kindern von 11—15 Jahren an, die das Gemeinsame haben, dass beide Male das Leiden nach einer Infectionskrankheit, das eine Mal nach Diphtheritis, das zweite Mal nach Scharlach und Influenza auftraten. Interessant ist auch, dass eine Schwester des einen Kranken dasselbe Leiden hat. Nahrung hatte auf die Ausscheidung des Eiweiss keinen Einfluss, ebensowenig Muskelarbeit. Beim Liegen verschwand das Eiweiss, kehrte aber beim Aufstehen zurück, gleichviel ob dies bei Tage oder bei Nacht stattfand, so dass die Ansicht *v. Noorden's,* dass die Tageszeit auf das Leiden Einfluss besitze, hier nicht zutrifft. *Th. Husemann.*

353. ***Ueber einen Fall von Hemiplegia cerebralis nach Diphtherie.*** *Von Dr.* **Auerbach.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 8.)*

Ein 7 Jahre altes Mädchen bekam am 12. Tage nach Beginn einer Rachendiphtherie die ersten Erscheinungen einer Nephritis, am 20. Tage 10 Minuten dauernde clonisch-tonische Krämpfe des ganzen Körpers, verbunden mit fast völliger Anurie und totaler Benommenheit des Sensoriums, welche auch während der folgenden Nacht bestehen blieb. Am folgenden Vormittage war Patientin immer noch ein wenig benommen, dabei bestand linksseitige Facialislähmung und völlige motorische Lähmung der ganzen linken Körperseite. Nachdem am 28. Krankheitstage der Urin wieder normal geworden war, trat allmälig fortschreitende Besserung ein.

Bei der in der 16. Krankheitswoche erfolgten Entlassung schleifte das Kind das linke Bein noch immer etwas nach, konnte den linken Arm von selbst nicht beugen und den gebeugten nur wenig strecken, die Finger nur in beschränktem Grade flectiren und nur andeutungsweise spreizen. Die grobe motorische Kraft in der linken Hand war noch wesentlich geringer als rechts. Verf. glaubt an der Richtigkeit der Diagnose „Hämorrhagie in den vorderen zwei Dritteln des hinteren Schenkels der Capsula interna“ nicht zweifeln zu dürfen. Durch die Ausfallssymptome konnte ein urämischer Anfall ziemlich sicher ausgeschlossen werden, da ja nach Urämie nur in sehr seltenen Fällen Lähmungen, und zwar ganz flüchtiger Natur, zurückbleiben. Auch die Annahme einer Embolie in die die motorischen Rindencentren der rechten Hemisphäre versorgenden Arterien konnte man wegen der Persistenz der Ausfallssymptome bald sicher fallen lassen, der negative Befund am Herzen sprach durchaus nicht gegen eine solche Möglichkeit. Wie auch aus den sehr spärlichen Literaturangaben über ähnliche Vorkommnisse hervorgeht, bildet dieser Fall gegenüber dem typischen Bilde der diphtheritischen Lähmung eine grosse Rarität. Die Erklärung, die Verf. für diese schweren Veränderungen im Centralnervensystem zu geben versucht, gipfelt in der Annahme des Zusammenwirkens einer bei allen acuten Infectionskrankheiten sehr häufig beobachteten Gefässwandveränderung und einer vielleicht durch die Nephritis bedingten Blutdruckerhöhung. *H. Levy*, Breslau.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

354. ***Abgekürzte Messung der Körpertemperatur.*** *Von Sanitätsrath Dr.* ***R. Hausmann,*** *Meran. (Original-Mittheilung.)*

An anderer Stelle berichtete ich bereits über ein Verfahren, die Körpertemperaturen möglichst wenig zeitraubend zu messen. Hierzu ist ein gewöhnliches Maximalthermometer ausreichend. Dasselbe wird vor die Harnröhrenöffnung so gehalten, dass der Harn über die Quecksilberkugel urinirt wird, am besten wird das Thermometer ein wenig zwischen den haltenden Daumen und Zeigefinger gerollt, damit der Harn alle Theile der Kugel berieselt. Es verhält sich nun so, dass die 5 Minuten Rectumtemperatur im Mittel um 0·3—0·4° C. höher ist, als die circa $^1/_2$ Minute Berieselungstemperatur; diese ist 0·2—0·3° höher als die 15 Minuten Achseltemperatur und 0·1—0·2° niedriger als die 10 Minuten Temperatur unter der Zunge. Zum Beispiel: 5 Minuten Rectum 37·3—37·4° C. $^1/_2$ Minute Harntemperatur 37° C., 10 Minuten Unterzungentemperatur 37·1—37·2° C., 15 Minuten Achselhöhlentemperatur 36·7—36·8°. Wo also die Möglichkeit gegeben ist, mit dieser Methode die Körpertemperatur zu messen — es ist dies nicht immer der Fall — wird 1. viel Zeit erspart, 2. werden bei hinreichend genügender Harnmenge und bis circa $^1/_2$ Minute langer Ausführung sichere Resultate gewonnen, 3. jede Täuschung ist ausgeschlossen. Man weiss, dass durch Simulanten in Spitälern, wie überhaupt

durch Reiben der Quecksilberkugel in der Achselhöhle, hohe Temperaturen erhalten werden. Allerdings wird es in gar manchen Fällen dann bei Frauen und Mädchen oft Schwierigkeiten in der Ausführung geben, doch bleiben noch viele Gelegenheiten übrig, bei denen diese Methode mit grossem Nutzen anwendbar ist.

355. ***Experimentelle Beiträge über die Wirkung einiger flüchtiger Heilmittel auf die Lungengefässe.*** *Von Dr. **Arthur Irsai,** Docent in Budapest. (Orvosi Hetilap. 1892. 2. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 11.)*

Verf. stellte sich die Aufgabe, zu eruiren, was für vasomotorische Veränderungen gewisse, zu Inhalationen benützte flüchtige Stoffe in den Luftwegen, respective in der Lunge herbeiführen. Die flüchtigen Substanzen, die er zum Gegenstande seiner experimentellen Untersuchungen machte, waren: Ol. terebinthinae und dessen Derivate: Terpinol und Tereben; Ol. pini silvestris, Ol. Juniperi, Ol. Menth. piperitae, Menthol, Ol. Anisi, Ol. eucalypti, Eucalyptol und Myrthol, Ol. thymi und Thymol, Campher und endlich Creosot und dessen wirksames Princip: Guajacol. Bezüglich der Versuchsanordnung sei auf das Original verwiesen. Verf. gelangte zu folgenden Resultaten: 1. Oleum terebinthinae. Schon nach einigen Athmungen beobachtete Verf. ein Erblassen der Lunge. Auf Zufuhr reiner Luft schwand die Blässe allmälig und die normale Farbe der Lunge stellte sich ein. Athmete das Thier wieder mit Ol. tereb. gemengte Luft ein, dann wurde die Lunge abermals blass. Die Wirkung war eine auffällige. Verf. nimmt daher an, dass das inhalirte Terpentinöl eine krampfhafte Contraction der Lungengefässe herbeiführt. Ob dieser Gefässkrampf centralen oder peripheren Ursprunges sei, war durch diese Versuche nicht zu entscheiden. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die Terpentindämpfe, in's Blut aufgenommen, die vasomotorischen Centren reizten; doch ist es wahrscheinlicher, dass die Wirkung eine periphere ist. Hierfür zeugt die rasche Ausbildung des Krampfes und noch mehr dessen rasches Verschwinden, wenn wieder reine Luft zugeführt wurde. 2. Terpinol und Tereben. Auf Terpinolinhalationen zeigt die Lunge des Kaninchens nach 5—6 Einathmungen bereits ziemlich auffällige Blässe, während Tereben schon nach 3—4 Einathmungen ein sehr hochgradiges Blasswerden nach sich zieht. Auch bei diesen Versuchen nahm Verf. Controlproben vor. Wandte er ein Gemenge von Terpinol und Tereben an, dann war die Blässe eine viel geringere, als bei alleiniger Inhalation von Tereben. 3. Ol. Juniperi und Ol. pini silvestris. Die Inhalation von Ol. Juniperi verursacht Blässe der Lunge, doch in geringerem Maasse, als bei Terpentineinathmungen; Ol. pini jedoch führt stärkeren Gefässkrampf als Terpentin, ja sogar als Tereben herbei. Als Vasoconstrictor steht daher an erster Stelle Ol. pini silvestris, dann folgt Tereben und hernach Ol. Juniperi und Terpinol, während Terpentinöl die Mitte einnimmt. 4. Ol. Eucalypti, Eucalyptol, Myrthol, Ol. Anisi. Versuche mit Ol. Eucalypti und Eucalyptoldämpfen führten kaum eine Farbenveränderung herbei. Das Gleiche gilt vom Myrthol und dem Ol. Anisi. 5. Ol. Menthae und Menthol. Versuche mit diesen Stoffen ergaben ein vollkommen gleiches Resultat; die Lunge der Versuchsthiere ward blass. 6. Ol. Thymi und Thymol. Auf Thymol,

insbesondere auf Ol. Thymi, begann sich die Lunge bereits nach 3—4 Einathmungen zu röthen; mit der Zunahme der Athemzüge steigerte sich auch die Röthe. In diesem Falle stellte sich demnach vasomotorische Lähmung ein. 7. Campher. Campherinhalationen bewirken nach 6—8 Einathmungen eine auffällige Blässe der Lunge; allmälig jedoch färbt sie sich, bis sich Erscheinungen der Hyperämie einstellen. 8. Creosot und Guajacol. Inhalationen von Creosot und Guajacol bewirkten Röthe der Lungen; die Röthe war viel ausgeprägter bei Guajacol. Diese Stoffe ziehen demnach eine rasche und hochgradige Erschlaffung der Lungengefässe, mithin hochgradige Lungenhyperämie nach sich. Aus den mitgetheilten Resultaten ergaben sich demnach von selbst die Indicationen, die man in der Praxis befolgen muss. In Fällen von acuten catarrhalischen Vorgängen, die mit Schwellung, Hyperämie und profuserer Secretbildung der Schleimhaut einhergehen, sind jene Stoffe angezeigt, die Anämie herbeiführen; bei chronischen, torpiden Zuständen oder wo, wie bei Phthisis pulm., die Blutfülle und Ernährung einzelner Lungenabschnitte abgenommen haben, wende man jene Mittel an, die Hyperämie bewirken und so eine Besserung der Ernährung nach sich ziehen. Die letzteren Stoffe jedoch sind zweischneidig, da sie zu Blutungen führen können. Da die Versuche mit Creosot, jedoch vornehmlich mit Guajacol ergaben, dass sie sehr rasch und intensiv Hyperämie nach sich ziehen, sei man bei Anwendung dieser Mittel besonders in solchen Fällen vorsichtig, wo eine Neigung zu Blutungen vorherrscht. *O. R.*

356. ***Die Therapie des senilen Herzens.*** *Von Dr.* ***G. W. Balfour.*** *(Edinburgh Med. Journ. — Deutsch. med. Ztg. 1892. 14.)*

Nach Verf. ist das senile Herz gleichbedeutend mit dem gichtischen, nur dass zunächst nicht alle im hohen Alter gefundenen Herzaffectionen senilen Ursprunges sein müssen; so z. B. beobachtete er einen Fall, bei dem eine Mitralinsufficienz seit wenigstens 62 Jahren bestanden hatte. Doch können Herzaffectionen mit senilem Charakter auch durch verschiedene andere Ursachen, wie Anämie, bösartige Erkrankungen, Blutverlust, verursacht werden. Bezüglich der Diagnose ist einfache Reizbarkeit die allererst auftretende Erscheinung einer progressiven Sensibilität des Herzens, sodann Druck oder actueller Schmerz in der Herzgegend, Anfälle von Palpitation bei jeder körperlichen oder physischen Bewegung, Tremor cordis, welche sämmtliche Symptome auf Herzschwäche in Folge schlechter Ernährung beruhen, während von objectiven Symptomen ein kleiner weicher compressibler Puls und niedriger Blutdruck zu constatiren sind. Bei verringertem Blutdruck muss jede natürliche oder unnatürliche Schwächung des Organismus beseitigt werden und ist die gewohnte Berufsthätigkeit nach den Erfordernissen des letzteren zu reguliren. Von grösserer Bedeutung als diese Regulirung erscheint Mässigkeit im Trinken und noch mehr im Essen. Viele senile Herzaffectionen entstehen durch Unmässigkeit, und alle werden durch diese verschlimmert. Man kann, in Bezug auf das diätetische Verfahren, die Fälle des senilen Herzens in zwei Gruppen theilen: erstens in solche, die mehr als normales Gewicht haben, von Dyspnoe und unregelmässiger Herzaction befallen werden und Symptome von Herzerweiterung oder auch keine aufweisen; zweitens

in solche mit normalem Körpergewicht oder unter demselben, und solche, die sehr erheblich an Herzstörungen verschiedener Natur leiden. Das erste Moment von Bedeutung ist eine richtige Eintheilung der Tagesstunden, so dass ein genügender Zeitraum zwischen den Mahlzeiten besteht. In gesundem Zustand leert sich der Magen gewöhnlich 3—4 Stunden nach der Mahlzeit und erfordert eine Ruhezeit, ehe von Neuem Nahrung eingeführt wird. Man beachte deshalb folgende Regeln: 1. Zwischen 2 Mahlzeiten muss ein Zeitraum von wenigstens 5 Stunden liegen; 2. zwischen denselben darf keine feste Speise jedweder Art genossen werden; 3. alle Erkrankten sollen die Hauptmahlzeit in die Mitte des Tages verlegen. Alkohol soll, wenn möglich, gänzlich ausgeschlossen sein, denn es gibt keine stärkere Ursache für die Herzdilatation als der Abusus spirituosorum, und kein sicheres Hinderniss für die Beseitigung eines solchen Herzzustandes als excessiver Genuss derselben. Bei alten Gewohnheitstrinkern gestatte man bei der Mittagsmahlzeit etwas Champagner oder leichten Weisswein, oder auch stark verdünnten Whisky. Der Tabakgenuss muss ganz aufgegeben oder erheblich eingeschränkt werden. Bezüglich der anzuwendenden Mittel ist zu erwägen, dass alle Varietäten des senilen Herzens Formen von Herzschwäche mit Complicationen darstellen. Die Behandlung muss deshalb tonisirend beschaffen sein und von den tonischen Substanzen ist Digitalis das Hauptsächlichste für das Herz, die in Dosen von 10 Tropfen der Tinctur zu verordnen ist. Beim senilen Herz soll die Digitalis nicht den Hydrops beseitigen, den Puls verlangsamen oder das Herz contrahiren, sondern durch allmälige Accumulation kleiner Wirkungen den Herzmuskel zu tonisiren, zu kräftigen und seine Ernährung zu bessern suchen. Strophantus steht in seiner Wirkung viel niedriger, während Strychnin und Arsenik bei dieser Affection sehr günstig agiren, Eisensalze jedoch in geringerem Grade. Behufs Beseitigung spastischer Erscheinungen und Herabsetzung des Blutdruckes sind unbedingt vor Allem die Nitrite, besonders das Glycerinnitrit, zu empfehlen. Jodkalium und Colchicum sind angezeigt bei stark ausgeprägt gichtischer Natur der Affection, während als purgirende Mittel Rheum und Natron bicarbonicum oder das Extractum Colocynthidis compositum vorzuziehen sind.

357. ***Ueber Sulfonalvergiftung.*** *Von Dr. med.* ***Kober****, Beuthen. (Centralbl. f. klin. Med. 1892. 10.)*

Einer 52 Jahre alten Patientin, die an sausenden und klingenden Ohrgeräuschen litt und die in Folge von Schlaflosigkeit herunterkam, wurde Eisen, Bromsalze und Sulfonal gegeben. Die Sulfonaldosen, die täglich gebraucht wurden, schwankten zwischen 0·5—1·5; letzte grösste Dosis nur selten. Der Gebrauch fand durch 4—5 Wochen statt. Ein gewisser Erfolg dieser Behandlung zeigte sich auch insofern, als die starken singenden Geräusche nachgaben und Pat. wieder mehr zu geniessen anfing. Nach einer kurzen Zeit grösserer Ruhe und Zunahme am Körpergewichte stellten sich Anfangs Januar unter mehrmaligem und mehrtägigem Erbrechen und Ekelempfindungen (namentlich süsslicher Art) heftige schneidende Schmerzen im Abdomen ein, die in der Gegend des Nabels ihren Sitz hatten. Dabei bestand hartnäckige Obstipation.

Pat. klagte über grossen Durst und nahm grosse Quantitäten Flüssigkeit zu sich. Das Sensorium war frei, jedoch zeigte Pat. ein apathisches Verhalten, das nur durch Schmerzäusserungen unterbrochen wurde. Sehr auffallende Veränderungen zeigte nur der Urin, der nicht häufig und unter 1 Liter in 24 Stunden entleert wurde. Seine Farbe war burgunderroth, die an Intensität von der ersten Beobachtung an noch zunahm und schliesslich das Aussehen von dunklem Himbeer- oder Kirschsaft hatte. Trotzdem gleich nach der ersten Beobachtung der Dunkelfärbung des Urins das Sulfonal ausgesetzt wurde, ist dieselbe immer intensiver geworden; es trat Eiweiss auf im Sediment, granulirte und metamorphosirte Zellencylinder, die theilweise mit rothbraunem Pigment tingirt waren. Bald darauf trat Retentio urinae ein und Herzparalyse machte dem Leben ein Ende. Temperaturerhöhung wurde nie während der Krankheit beobachtet. Eigenthümlich ist, dass der Krankheitszustand trotz Aussetzens des Sulfonals intensiver wurde. Es kann dies nur dadurch erklärt werden, dass irgendwo im Körper, vielleicht in der Leber, eine Aufspeicherung des eingenommenen Sulfonals, resp. seiner Umsetzungsproducte stattfindet, und dass von hier aus die deletäre Wirkung auf das Blut noch nach dem Aussetzen des Mittels weiterhin unterhalten wird. Es ist zweifellos, dass die Nierenaffection ihren Grund nur in der fortgesetzten Reizung des Nierenparenchyms durch den ausgeschiedenen Farbstoff hatte, da ja in den ersten Tagen der Krankheit der Urin ganz frei von Eiweiss und Formelementen war. (Wie *Salkowski* und *Jolles* in Fällen von Sulfonalvergiftung zeigten, enthält der Harn in solchen Fällen Hämatoporphyrin, das eisenfreie Spaltungsproduct des Hämatins. Ref.) *Loebisch.*

358. ***Analytische Untersuchungen über die chemisch wirksamen Principien der Moorbäder und ihren therapeutischen Werth.*** *Von Dr.* **Lohmann.** *(Therap. Monatsh. 1891. Juni. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 2.)*

Die chemischen Analysen der Moore, so weit sie gemacht sind, betreffen Moore, wie sie zu Bädern nicht verwendet werden (z. B. bei 100° getrocknetem Moor). Der Verf. hat deshalb das Franzensbader Moorbad zum Gegenstand einer chemischen Untersuchung gemacht, d. h. von einem 28° R. warmen Moorbade sowohl den Moorbrei als die Lauge qualitativ und quantitativ untersucht. Quantitativ wurden bestimmt die Mengen der löslichen Substanzen überhaupt, das schwefelsaure Eisenoxydul und die freie Schwefelsäure, während die anderen im Moore enthaltenen Substanzen als indifferente oder in zu geringen Mengen vorhandene nicht berücksichtigt wurden. Es stellte sich heraus, dass 1. das schwefelsaure Eisenoxydul in grosser Menge ($3^1/_2\%$) darin vorkommt, und zwar in viel grösserer als es sonst zu Bädern verwendet wird; 2. dass die freie, d. h. neutralisirbare Schwefelsäure in grosser Quantität ($1^1/_2\%$) darin vorkommt und nur deshalb nicht ätzend wirkt, weil sie durch den dicken Brei zurückgehalten, nicht völlig und nicht auf einmal ausgelaugt wird und so nur allmälig zur Geltung kommt. Ein Wasserbad, welches $3^1/_2\%$ Vitriol und $1^1/_2\%$ freie Schwefelsäure enthält, würde am Körper intensive Aetzungen herbeiführen. Auf diese beiden Factoren des Moorbades führt der

Verf. dessen Wirkung zurück; sie ist eine adstringirende, die Haut reizende und zugleich (wegen der freien Säure) stark desinficirende; besonders für die Vagina stellt sich Verf. den desinficirenden Einfluss des Moores als bedeutend vor. Jedoch nimmt er als Wirkung des Moorbades ausser dessen chemischen auch noch eine thermische, cataplasmatische an, welche bei der oft so überraschend schnellen Beseitigung von Exsudaten mitwirkt.

359. ***Ueber Syzygium jambolanum.*** *Von Dr. L. Boas. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 12.)*

Gräser hat zuerst im *Binz*'schen Laboratorium die antidiabetische Wirkung des Jambul bei Phloridzindiabetes dargethan. Seit dieser Zeit sind von verschiedenen Seiten Versuche auch beim Menschen angestellt, aber ohne deutlichen Erfolg. *Lewascheff* (Verhandl. des X. intern. Congr. Bd. II, Abth. V, pag. 97) berichtet über Versuche mit dem Samen von Syzygium jambolanum an acht Diabetikern. Nach Darreichung von 20—40 Grm. pro die in Pulverform war in allen Fällen eine Abnahme der ausgeschiedenen Harn- und Zuckermengen, sowie des Durstes und der übrigen Symptome zu constatiren. Die Besserung hielt auch noch einige Zeit nach dem Aussetzen des Mittels an. Ein völliges Verschwinden des Zuckers aus dem Harne wurde in keinem Falle erreicht. Vorbedingung für die Wirksamkeit des Mittels ist dessen Frische, altes Material ist unwirksam. In neuester Zeit haben *C. Posner* und *H. Epenstein* (Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 38) das Mittel in drei Fällen geprüft. Die Wirkung war in zweien davon eine bezüglich der Zuckerausscheidung, der Harnmenge und des Körpergewichtes recht günstige, in dem dritten wurde nur das subjective Befinden gebessert; sie halten auf Grund ihrer Versuche eine weitere Prüfung des Mittels für angebracht.

360. ***Ueber die Behandlung der Tuberculose mit cantharidinsauren Salzen.*** *Von Dr. **Demme**, Berlin. Aus der königl. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke. (Therap. Monatsh. 1892. März. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 22.)*

Verf. publicirt diejenigen Fälle von Tuberculose des Kehlkopfes und der Lungen, die in der königl. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Berlin mit Injectionen von cantharidinsauren Kali-, resp. Natronlösungen behandelt wurden. Im Ganzen umfasst die Statistik 30 Kranke. Ueber die Art der Injectionen berichtet Verf. Folgendes: Zuerst wurden Kalilösungen verwandt; die Einspritzungen waren sehr schmerzhaft, was zunächst auf das desinficirende Ausspritzen der Instrumente mit 5procentiger Carbollösung geschoben wurde. Die Schmerzhaftigkeit blieb aber, als die Desinfection lediglich durch Auskochen der Spritzen bewirkt wurde. Die dann angewandten Lösungen von Natrium cantharidinic. wurden besser vertragen. Abscesse sind niemals vorgekommen. Einmal entstand bei einem russischen Lehrer, der zu den Ausgewiesenen gehörte und dessen Desinfection trotz der Gründlichkeit der Abseifungen problematisch erschien, nach der Einspritzung eine wohl kindskopfgrosse Anschwellung von teigiger Consistenz, aber normaler Hautfarbe. Er bekam, da die Diagnose nicht sicher war, zugleich Jodkali in grösseren Dosen. Nach drei Wochen wurde an einer anderen

Stelle eine Injection gemacht, und zwar unter der sorgfältigsten Aseptik. Auch hier entwickelte sich in 3 Tagen eine fast mannskopfgrosse Geschwulst von teigiger Consistenz und ebenfalls normaler Hautfarbe, die langsam zurückging. Beide Male waren zunächst starke Schmerzen dabei. Da sonst dem Verf. niemals ein Gleiches bei den vielen Injectionen begegnet ist, so glaubt er hier eine mögliche chemische Reaction zwischen Jodkali und cantharidinsaurem Kali annehmen zu sollen. Im Uebrigen wurden alle Einspritzungen gut vertragen. Es wurden Lösungen benutzt, die Geheimrath *Liebreich* der Poliklinik aus dem pharmakologischen Institute in liebenswürdiger Weise überwiesen hatte. Die Menge betrug fast immer 0·0001, niemals weniger, einige Male mehr (0·0002). Aus den Krankengeschichten, welche zum Theil mit erläuternden Kehlkopfbildern mitgetheilt werden, zieht Verf. folgende Schlüsse: Das Mittel ist zunächst nicht von der Hand zu weisen, da es gewisse Erfolge zu erzielen vermag, die mit gleicher Sicherheit bei kaum einem anderen Mittel gesehen sind. Doch ist es kein indifferentes Mittel, es muss mit grösster Vorsicht angewandt werden. Albuminurie im Laufe der Behandlung hat niemals vermieden werden können; allerdings ist dieselbe bis auf einige wenige Fälle beim Aussetzen der Behandlung sehr bald wieder verschwunden. Auf die Lungentuberculose hat ein nur geringer Einfluss beobachtet werden können. Erleichterung des Auswurfes ist in allen Fällen constatirt, gemäss der wahrscheinlichen serösen Durchtränkung. Auf den Lungenprocess als solchen hat man keinen Einfluss erkennen können, und das Verhalten der Bacillen wurde nicht verändert. Bei der Behandlung der Larynxtuberculose ist nach Verf.'s Beobachtungen sicher festgestellt, dass vor Allem die grossen Oedeme, besonders über den Aryknorpeln, verkleinert werden, wie das aus den Krankengeschichten und besonders den Illustrationen hervorgeht (s. das Original), oft sind die Oedeme ganz geschwunden. Ulcerationen im Larynx werden reiner und zeigen entschiedene Tendenz zur Heilung, wie die Fälle mit nicht allzu ausgedehnten Zerstörungen es eigentlich sämmtlich beweisen. Aber auch die ausgedehntesten Processe haben entschiedenes Bestreben zur Heilung. Derbe Infiltrationen werden durch die Injectionen von cantharidinsauren Salzen verkleinert, wie das so schnell bei keinem anderen Mittel gesehen worden ist; die pralle feste Consistenz ändert sich, die Exsudation von fetzigen, schmierigen Belägen hört auf: es beruht das nach Verf. sicherlich auf der Eigenart der therapeutischen Wirkung des Cantharidins, der serösen Durchtränkung, die auch mit dem Spiegel deutlich beobachtet werden konnte. Während einige Fälle bedeutend gebessert und vielleicht, wenn die Albuminurie vermieden worden wäre — was den Larynx anbetrifft — geheilt wären, 2 Fälle aber sicher geheilt sind, hat bei anderen Kranken sich eine zeitweilige Besserung, abwechselnd mit Verschlechterung, herausgestellt.

361. ***Ueber die Behandlung der Nierensteinkrankheit (Nephrolithiasis).*** *Von Dr. **E. Golowin**. (Petersburg. med. Wochenschr. 1891. 48.)*

Nach Verf. ist es ein Ueberschuss von Phosphorsäure im Harn, welcher die Bildung der Harnsäureconcremente bewirkt, und

zwar entweder durch Entziehung des Alkalis von den gelösten Harnsäurealkalien oder indem sie von Vorneherein das zur Lösung der Harnsäure nothwendige Alkali für sich in Anspruch nimmt. Dabei kann das Entstehen und Wachsen der harnsauren Concremente in der Niere in folgender Weise gedacht werden: In den gewundenen Canälchen werden die harnsauren Salze abgesondert; die aus den *Malpighi*'schen Körperchen zuströmende saure Flüssigkeit nimmt diesen Salzen ihr Alkali und lässt dadurch Harnsäure in krystallinischer Form ausfallen; ein Theil der Canälchenepithelien wird zerstört und bildet eine zähe Eiweissmasse, welche die einzelnen Krystalle zusammenklebt und so den Umfang der einzelnen Theile des Niederschlages vergrössert; durch den ununterbrochenen Flüssigkeitsstrom werden diese Partikelchen, ebenso wie das Pigment in *Heidenhain's* Experimenten, zunächst in die geraden Canälchen der Pyramiden und von dort in das Nierenbecken transportirt; hier werden die kleinen Sandkörner in Folge der geringen Stromstärke länger verbleiben, als im Nierenparenchym; sie beginnen die Wand des Nierenbeckens zu reizen und verursachen auch hier, sowie in den gewundenen Canälchen, eine Ausscheidung von zähen Massen; dadurch verkleben die Partikelchen miteinander und schliesslich sehen wir sie nicht mehr in Form von Sandkörnern, sondern als recht grosse Concremente. Vielleicht hängt auch vom Ueberschusse an Phosphorsäure das sehr häufige gleichzeitige Vorkommen von Krystallen der Harnsäure und des oxalsauren Kalkes ab. Die Oxalsäure verbindet sich im Moment der Harnabsonderung in der Niere mit dem Kalk der Phosphate und macht dadurch einen Theil der Phosphorsäure frei; diese letztere geht eine Verbindung mit den basischen Salzen der Natriumphosphate ein, macht sie sauer, d. h. setzt sie in den Stand, aus der Harnflüssigkeit krystallinische Harnsäure auszuscheiden. Die Hauptquelle für die Phosphorsäure im Harne bildet die Nahrung, die Erdphosphate gehen nicht leicht aus dem Darm in die Gesammtmasse der Säfte über; in den Harn gelangt nur ein sehr geringer Theil von diesen mit der Nahrung aufgenommenen Verbindungen. Wenn wir daher mit der Nahrung, möge die letztere auch reich an leicht löslichen Phosphorsäureverbindungen sein, gleichzeitig Magnesia und Kalk einführen, so ist es denkbar, dass im Verdauungscanal ein Theil der Phosphorsäure mit den basischen Erden eine Verbindung eingehen und auf diese Weise mit den Fäces abgehen wird, ohne in den allgemeinen Säftestrom in den Geweben des Organismus einzutreten; es wird weniger Phosphorsäure in den Harn gelangen, in welchem auf diese Weise mehr freies Natron für die Harnsäure nachbleibt und so die Möglichkeit zur Ausscheidung von Harnsäurekrystallen mehr weniger ausgeschlossen ist. Von vielen Aerzten wird noch jetzt Magnesia borocitrica bei Nierensteinkrankheit empfohlen. Im Allgemeinen sind aber in der letzten Zeit die Kalk- und Magnesiapräparate in den Hintergrund getreten; hauptsächlich wird jetzt gegen die Harnsäure gekämpft. Verf. fing in der letzten Zeit an, Kranken, die an harnsauren Nierenconcrementen leiden, dreimal täglich während der Mahlzeit ein Gemenge aus gebrannter Magnesia und kohlensaurem Kalk aa. 15 Gran (1 Gran = 0·07) zu verordnen. Er hat sich nicht auf eine von diesen Basen be-

schränkt aus folgenden Gründen: 1. die Magnesiumphosphate sind etwas weniger löslich als die Calciumphosphate; 2. im Falle einer besonderen Neigung des Organismus, durch die Nieren Kalksalze auszuscheiden (der sogenannten Phosphaturie), wird Magnesia, gleichzeitig mit Kalk eingeführt, bis zu einem gewissen Grade den Gehalt des letzteren im Harn beschränken; 3. durch Kalk wird nicht nur Phosphorsäure, sondern auch Oxalsäure ausgeschieden. Den Patienten wurde überlassen, ihre gewöhnliche Lebensweise zu führen, ohne die Diät im Mindesten zu ändern. Die bisher erzielten Resultate sind mehr als befriedigend: die harnsauren und oxalsauren Niederschläge verschwinden aus dem Urin und zuweilen auffallend rasch; die bei dieser Krankheit so häufigen Neuralgien des Ischiadicus hören auf; es verschwinden die mannigfaltigen Symptome der Neurasthenie und die Erscheinungen psychischer Depression; es kehren endlich die Nierenkolikanfälle nicht mehr wieder. Der Harn wird weniger sauer, gibt aber in den meisten Fällen beim Kochen weder Niederschläge, noch Trübungen, von Erdphosphaten herrührend. Magnesia und Kalk machen, indem sie Phosphorsäure an sich binden, Natron in einer zur Neutralisation der Harnsäure nöthigen Menge frei und, zur rechten Zeit gegeben, werden sie nicht nur das Auftreten der Nierensteinkolik verhindern, sondern werden auch verschiedenartige Schmerzempfindungen und neurasthenische Erscheinungen beseitigen.

362. ***Ein Fall von Bromäthylintoxication.*** *Von Dr.* **Jendritza**, *Berlin. (Therap. Monatsh. 1892. März.)*

Nachdem in der letzteren Zeit das Bromäthyl zur Narcose von verschiedener Seite empfohlen wurde, dürfte die folgende Beobachtung des Verf. von allgemeinem Interesse sein. Ein 18jähriges Dienstmädchen wurde nach Angabe ihrer Dienstherrin bewusstlos liegend aufgefunden. Am Tage vorher hatte sie eine Zahnoperation überstanden, bei welcher Bromäthyl zur Narcose in Anwendung gekommen war, war jedoch bis dahin vollständig wohl gewesen. Respiration ruhig, nicht beschleunigt, Puls 100, kräftig, regelmässig, im Gesichte keine Cyanose, Pupillen mittelweit, starr, Kiefer fest übereinander gepresst. Bei dem Versuch, die Augen zu öffnen, traten reflectorische Zuckungen des M. orbicularis palpebr. ein. Sensibilität vollständig erloschen. Erst nach $1^1/_2$ Stunden kam sie auf Anwendung von Eisumschlägen auf den Kopf, kalten Abreibungen, Bürsten der Extremitäten zu sich, die Sprache kehrte erst $^1/_2$ Stunde später wieder. Nach dem Erwachen Euphorie bis auf bitteren Geschmack. Sie gab an, Vormittags schwindelig gewesen zu sein. Nach Verf. handelte es sich hier um eine Nachwirkung der Bromäthylnarcose, die sich wesentlich auf das centrale Nervensystem erstreckte. Weder dem Zahnarzt, noch der Herrschaft ist etwas Beunruhigendes aufgefallen, bevor das Mädchen bewusstlos gefunden wurde. Epileptische Anfälle hat Patientin bisher nicht gehabt. Dass sie etwa in selbstmörderischer Absicht nach der Zahnoperation noch ein Narcoticum genommen haben könnte, ist nach dem ungeheuchelten Erstaunen, welches sie beim Erwachen an den Tag legte, nach Verf. ausgeschlossen, auch war ihre Gemüthsstimmung vorher und nachher normal. Gerade der letztere Umstand spricht auch gegen die Auffassung des Zustandes als

eines epileptoiden, da bei Epileptikern Anomalien der Stimmung vor und nach dem Anfall (mürrisches, reizbares Wesen, in anderen Fällen Benommenheit) die Regel bilden. Die Euphorie nach dem Erwachen ist auch nach Bromoformintoxication beobachtet worden.

O. R.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

363. ***Die chirurgische Behandlung des Hymen imperforatum.*** *Von* ***James Ross.*** *(Journ. of the Amer. med. assoc. — Centralbl. f. Gyn.)*

Unmittelbar, nachdem Verf. zufällig von einem Collegen den Tod einer Kranken gehört hatte, welcher die Operation eines Hymen imperforatum durch weite Eröffnung gemacht worden war, hatte er selbst Gelegenheit, einem solchen Fall gegenüber zu stehen. Durch jenen unglücklichen Ausgang gewarnt, liess er die angesammelte Flüssigkeit langsam ablaufen, machte darauf Einspritzungen antiseptischer Flüssigkeit und tamponirte. Dann liess er die Kranke 14 Tage lang zu Bett liegen und weitere 14 Tage lang sich nur vorsichtig bewegen, wobei fieberloser Verlauf und Genesung eintrat. Die Hauptgefahr erblickt Verf. in der Möglichkeit des Berstens ausgedehnter Eileiter bei Veränderung der Druckverhältnisse im Becken. Stellen sich daher bedrohliche Erscheinungen ein, welche ein solches Ereigniss muthmassen lassen, so muss man schleunigst die Bauchhöhle eröffnen, die Ursache für eine Bauchfellentzündung, wenn angängig, entfernen, auswaschen und drainiren. Uebrigens empfiehlt es sich, wie auch Verf. gethan, die innere und äussere Schleimhautfläche des Hymens zusammenzunähen und bei der Operation zu narcotisiren. In der Literatur fand Verf. im Ganzen 36 Fälle der Art mit 3 Todesfällen = 8 Procent. Viermal trat Peritonitis nach der Operation auf, zwei dieser Kranken erlagen; zweimal entwickelte sich Septicämie, ein Todesfall. Von den beiden ersten Todesfällen, welche in Folge von Tubenruptur eintraten, war einer mit, der andere ohne Ausspülungen bei breiter Eröffnung behandelt. Der Todesfall an Septicämie ereignete sich bei allmäliger Entleerung ohne Auswaschung. Eine Kranke hatte schwere Peritonitis nach allmäliger Entleerung mit Ausgang in Genesung, eine andere nach plötzlicher Entleerung und Auswaschung 24 Stunden nachher, gleichfalls genesen. Endlich trat die Septicämie mit Ausgang in Genesung ein nach Ausspülung. Es scheint demnach, als wenn üble Zufälle bei jeder Behandlung eintreten könnten und grösste Vorsicht ist daher geboten.

364. ***62 Fälle von Kropfenucleationen.*** *Von* ***Dr. J. Lehotzki.*** *(Wien. klin. Wochenschr. 1891. 41. 42. — Therap.* ***Monatsh.*** *1892. März.)*

Verf. berichtet über die Ergebnisse der im Laufe von sechs Jahren auf der Klinik des Hofrathes *Albert* ausgeführten Kropfenucleationen. Das Verfahren basirt auf der Thatsache, dass die Kropfknoten sich von einzelnen Centren, von den Follikeln, mitten im Schilddrüsengewebe entwickeln und sich vom normalen Drüsengewebe, mit welchem sie durch lockeres Bindegewebe, in dem die

Gefässe verlaufen, verbunden sind, scharf differenziren und entsprechend der Lage dieser Follikel und den Wachsthumsverhältnissen von einem mehr oder minder dicken Mantel normalen Schilddrüsengewebes umgeben sind. Bei einer mehr oberflächlichen Lage oder bei bedeutender Grösse der Struma kann dieser Mantel eine dünne Membran darstellen, in der nach *Kocher* histologisch nur noch Reste abgeplatteter und zum Theil veränderter Follikel nachweisbar sind. Aus dieser anatomischen Betrachtung geht hervor, dass die Operation von vornherein nur für die Strumaknoten, für partielle Erkrankung des Organes, anwendbar ist. In der *Albert*'schen Klinik wird auf Grund günstiger Erfahrungen die Enucleation als Normalverfahren geübt und nur wenn sie sich als unausführbar erweist, durch die extracapsuläre Exstirpation ersetzt. Das gefährlichste Moment der Enucleation ist die Blutung, welche als venöse oder capilläre auch bei noch so vorsichtig und langsam vorgenommener Operation fast nie ausbleibt. Als besondere Vortheile der Operation sind anzusehen: 1. dass durch dieselbe Wunde mehrere Knoten oder Cysten entfernt werden können, 2. dass der Nervus recurrens ausserhalb des Operationsplanes liegt und sicher erhalten werden kann, 3. dass die Operation in vielen Fällen leicht ausführbar ist und Wundverlauf und Heilung zufriedenstellend sind, 4. dass genug Drüsengewebe zurückbleibt, um sich vor der Cachexia strumipriva sicherfühlen zu können.

365. ***Behandlung von perforirten Magengeschwüren durch Laparotomie und Naht.*** *Von* ***R. Simon*** *und* ***G. Barling.*** *(Brit. med. Journ. 9. 1892. Jan. — Therap. Monatsh. 1892. März.)*

Im Anschluss an eine frühere Publication berichten die Verff. über einen Fall von perforirtem Magenulcus, in dem die Oeffnung durch *Lembert*'sche Nähte geschlossen wurde. Obgleich beide Male die Pat. an der schon vor der Operation vorhandenen Peritonitis zu Grunde gingen, glauben die Verff. einen derartigen Eingriff doch stets nach entstandenem Durchbruch empfehlen zu sollen. Kann nach der Eröffnung der Bauchhöhle die Perforationsstelle nicht gefunden oder in Folge ihrer Lage nicht geschlossen werden, so ist die aus dem Magen ausgetretene Flüssigkeit zu entleeren und nach Einlegung eines Drains die Bauchhöhle zu schliessen.

366. ***Ueber das Wachsthum der Fibrome in der Menopause.*** *Von* ***Joseph Taber Johnson,*** *Washington. (Amer. Journ. of obstetr. December-Heft 1891, pag. 1420.)*

Der so ziemlich allgemein verbreiteten Ansicht nach steht das Wachsthum der Fibrome in der Menopause nicht blos stille, sondern es schrumpfen sogar diese Tumoren, und zwar nicht so selten in dem Masse, dass sie völlig verschwinden. Aus dem Grunde wird gar häufig keine Radicaloperation vorgenommen und werden die Frauen mit der in der Menopause eintretenden Schrumpfung der Tumoren vertröstet. In der neuesten Zeit mehren sich die Mittheilungen, dass dem gar häufig nicht so der Fall sei, im Gegentheile sogar, dass die Tumoren erst in der Menopause stärker und rascher zu wuchern beginnen, und gleichzeitig die Tendenz zeigen, zu degeneriren, d. h. cystös zu werden, partiell eitrig zuzerfallen oder zu verkalken. Verf. erwähnt, dass er über vier Dutzend solcher Fälle beobachtet habe und theilt gleichzeitig vier

solcher eingehender mit. So alte, nahezu 60—70jährige Weiber mit einem grossen degenerirten Fibrom zu operiren, ist eine missliche Sache. Die Prognose ist eine sehr ungünstige, sowohl wegen der Grösse des Tumors, wegen seiner Degeneration, als namentlich wegen des Alters der zu Operirenden. Verf. operirte zwei solcher Fälle, und gingen beide binnen Kurzem nach der Operation an Erschöpfung zu Grunde. Man breche daher mit den herrschenden, leider falschen Anschauungen und operire lieber bei Zeiten, wo man einen guten Operationseffect erwarten kann.

Kleinwächter.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

367. ***Ueber Heteroplastik der Lider.*** *Von Prof.* **Panas.** *(Arch. d'ophthalm. 1891. Centralbl. f. d. ges. Therap. 1892. 4.)*

So lange die Möglichkeit besteht, die Blepharoplastik mit lebendem Stiele auszuführen, verdient diese Methode den Vorzug vor allen anderen. Ist die Benützung der benachbarten Haut wegen Verwandlung in Narbengewebe nicht möglich, so nimmt man einen Hautlappen von einer entfernten Partie. Die Entlehnung eines solchen vom Arme mit bleibendem Stiele wird kaum mehr angewendet, weil die Operirten die Fixirung des Armes nicht vertragen. Es ist daher ein grosser Vortheil, wenn man auch einen Hautlappen ohne Stiel benützen kann. Diese Methode unterscheidet sich von der nach *Reverdin* und *Thiersch* dadurch, dass man die Haut in ihrer Gänze verwendet, wodurch der Lappen die morphologischen Eigenschaften und die Ausdehnung eines solchen mit Stiel erhält. Verf. geht so vor. Zuerst wird das Gesicht und dann der Arm, von welchem der Lappen entnommen werden soll, sorgfältig mit Seife und dann mit Sublimat 1 : 1000 gewaschen und hierauf ein provisorischer Verband angelegt. Der Patient wird dann chloroformirt und man schreitet dann zur Freimachung der ectropionirten Lider und zur Anfrischung der Lidränder. Zur Deckung des Defectes nimmt man am besten Haut vom Unterarm, umgrenzt sie um ungefähr ein Drittel grösser und trachtet so wenig wie möglich Fettgewebe mit dem Lappen zu erhalten, wodurch die oberflächlichen Venen und Nervennetze geschont werden. Ist der Lappen ganz frei, so schneidet man mit raschen Scheerenschnitten sorgfältig das etwa noch daran haftende Fett weg, passt ihn dann auf der wunden Fläche des Lides an und befestigt ihn mit feinen Seidennähten. Man macht dann einen Verband mit Jodoform- oder Salolgaze und lässt diesen 5—6 Tage liegen. Nach 7 Tagen ist die Vereinigung eine feste und man entfernt die Nähte. Der Lappen ist bereits vascularisirt und hat Farbe, Dichte und alle übrigen Eigenschaften einer normalen Haut, nur fehlt noch die Empfindung. Eine gewisse Vorsicht hat man darin anzuwenden, dass kein Druck auf den Lappen ausgeübt werden darf, da sonst die Epidermis abgehoben wird und der Papillarkörper exulcerirt. Diese Vorsicht ist besonders dort nothwendig, wo es sich um vorspringende Partien, als den äusseren Winkel der Lidspalte etc., handelt. Verf. hat nach dieser Methode

sechs Operationen ausgeführt, die alle gelungen sind. Der glückliche Ausgang hängt seiner Meinung nach von zwei Factoren ab, nämlich von der rigorosen Antiseptik und der Anwendung der Naht.

368. ***Ueber die Bedeutung der Antisepsis im Munde.*** *Von Dr.* ***Hugo Dellevie,*** *Hamburg. Inaugural-Dissertation. Berlin 1891. (Deutsch. Med. Ztg. 1892. 15.)*

Um die Bedeutung der Antisepsis der Mundhöhle sowohl für die Pflege derselben als für die im Munde vorzunehmenden Operationen in das rechte Licht zu setzen, gibt der Verf. eine Uebersicht über die bisher dort gefundenen Mikroorganismen, welche schon jetzt bereits die stattliche Zahl von über 100 erreicht haben. Er beschreibt dann einen noch unbekannten Streptococcus, den er selbst gefunden, gezüchtet und sorgfältig beobachtet hat. Derselbe erwies sich bei Thierversuchen als sehr virulent und besitzt gegen die meisten Antiseptica eine höhere Widerstandskraft als die grösste Zahl der übrigen Mikroorganismen. Pneumoniecoccen sind vielfach auch im Speichel gesunder Personen gefunden worden; mit grosser Regelmässigkeit sind sie im Speichel Pneumoniekranker vorhanden, auch während der Reconvalescenz und in sehr vielen Fällen noch lange nach dem Ablauf der Krankheit. Man muss annehmen, dass das Vorhandensein dieser Mikroorganismen in der Mundhöhle nur so lange unschädlich bleibt, als der Träger ein vollständig intactes Lungengewebe besitzt. Sobald jedoch durch irgend welche Schädlichkeit die Resistenzfähigkeit des Lungengewebes herabgesetzt ist, wird der Coccus daselbst seine deletären Wirkungen entfalten. Doch auch in den Lymphbahnen kann er sich verbreiten und wird deshalb oft in den von ihm verursachten Abscessen in der Umgebung der Zähne und selbst in denen des Processus mastoideus häufig gefunden. Derselbe Coccus ist von einigen Forschern bei der epidemischen Cerebrospinalmeningitis im Gehirn, von anderen bei Endocarditis ulcerosa im Herzen und bei Parotitis in der Speicheldrüse gefunden worden. Der im gesunden Speichel gefundene Streptococcus tetragenus ist auch in phthisischen Cavernen und in Unterkieferabscessen gefunden worden. Die ubiquitären Staphylococcus pyogenes aureus und Streptococcus pyogenes kommen auch fast stets in jeder Mundhöhle vor und ihnen verdankt der Speichel seine eitererregenden Eigenschaften. Hier theilt Verf. die interessante Thatsache mit, dass caledonische Sträflinge vielfach diese Eigenthümlichkeit benützen, indem sie sich Zahndetritus unter die Haut bringen, um so Abscesse zu erzeugen, welche sie für längere Zeit arbeitsunfähig machen. Es ist selbstverständlich, dass auch ohne Zuthun der Patienten selbst eitrige Processe in der Nähe der Mundhöhle und in dieser selbst durch die genannten Mikrobien erzeugt werden können. Ebenso können dieselben zu allgemeiner Septicämie und pyämischen metastatischen Abscessen Veranlassung geben. Ausführlich werden vom Verf. eine grössere Anzahl von Fällen von Osteomyelitis mandibulae inferioris und schwerer Phlegmone der Halsgegend mitgetheilt, welche in jüngster Zeit publicirt wurden; auch die infectiöse Pharynxphlegmone zieht er in den Kreis seiner Betrachtungen. Der Speichel Syphilitischer kann in Folge von Küssen, von Bisswunden, Aussaugen der Wunden bei der rituellen Circumcision,

Benetzen der Augen oder Tätowirstichen mit demselben die Krankheit übertragen. Durch dieselben Gelegenheitsursachen hat auch vielfach die Uebertragung der Tuberculose stattgefunden. Vervollständigt wird das Sündenregister der Mundflüssigkeiten durch einige Mittheilungen über Diphtheritis und Actinomycosis, Soor und Influenza. Aus allen diesen Ursachen ist eine sorgfältige Pflege und Reinhaltung der Mundhöhle sowohl prophylactisch als therapeutisch zu empfehlen. Nach den Versuchen des Verf. eignen sich für diese Zwecke, weil für die Zahnsubstanz unschädlich, Sublimatlösungen 1 : 1500, β-Naphthol 1 : 1000, Thymol 1 : 1000, Salicyl 1 : 350, Saccharin 1 : 250, Benzoesäure 1 : 100. Den Zahnärzten wird dringend die sorgfältige Desinfection ihrer Instrumentarien empfohlen.

369. ***Pyämie nach Mittelohreiterung, Ausschneidung der thrombosirten Vena jugularis interna. Eröffnung und Auswaschung des Sinus transversus. Heilung.*** *Von Prof. Dr.* **Rushton Parker**, *Liverpool. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 10.)*

Der 25 Jahre alte Kranke war als 14jähriger Knabe gegen das linke Ohr geschlagen worden. Nach dem Schlag war der Knabe etwa 20 Minuten lang bewusstlos gewesen und hatte eine Blutung aus dem Ohr. Er brachte dann 2 Monate im Ohrenkrankenhause von Manchester zu. Bis zu seiner jetzigen Krankheit hatte er keinen Ohrenfluss. Am 10. August 1891 fing das betreffende Ohr an, stark zu schmerzen; vom 14.—19. hatte er täglich Schüttelfrost, Erbrechen, schlechten Schlaf. Bei seiner Aufnahme stinkender Ausfluss aus dem linken Ohre, fast vollständige Taubheit. Schwellung und Empfindlichkeit über dem oberen Abschnitt der Vena jugularis, aber keine Veränderung der Haut über dem Proc. mastoideus. Ferner wurde doppelseitige Neuritis optica constatirt, rechts vorgeschrittener als links. Während der ersten 2 Tage nach seiner Aufnahme in's Krankenhaus hatte er 4 Schüttelfröste, die Schwellung am Halse nahm zu, die übrigen Symptome besserten sich trotz reichlicher Sublimatausspülungen des Ohres nicht und man entschloss sich, um den Patienten zu retten, am 11. Tage seiner Krankheit zu einer Radicaloperation. Mittelst eines 7—8 Zoll langen Hautschnittes drang man bis zur Vena jugularis interna vor. Die Vene war von der Basis cranii bis herab zur Vereinigung mit der Vena facialis thrombosirt, ebenfalls die Vena facialis auf kurze Entfernung. Beide Venen wurden mit Catgut unterbunden, im Gesunden durchschnitten und, soweit sie thrombosirt waren, resecirt. Der Warzenfortsatz wird mit Hammer und Meissel eröffnet, der Sinus transversus freigelegt; derselbe ist mit grüner, stinkend jauchiger Flüssigkeit gefüllt und enthält das lose Ende des Thrombus, der die Vena jugularis verstopfte. Das Centrum dieses Thrombus zeigt beim Durchschnitt eitrige Erweichung. Die thrombosirte Vene wird etwa 1 Zoll weit vom Knochen abgeschnitten und der Rest mit scharfem Löffel ausgekratzt. Ebenso wird der Sinus transversus ausgekratzt, bei weiterer Sondirung tritt eine Blutung ein, die aber nach Tamponade steht. Der Tampon wird 2 Tage später unter Narcose erneuert, da sich Eiter dahinter angesammelt hatte. Die untere Hälfte der Wunde

wurde genäht und heilte per primam, die obere wurde mit Quecksilbercyanatgaze tamponirt. Im Laufe der nächsten Woche stieg die Temperatur mehrmals auf 39°, einmal sogar über 40°, sonst aber ging es dem Pat. in jeder Beziehung besser. In der zweiten Woche kehrte der Appetit zurück und schnell erholte sich der Kranke. Nach 16 Tagen verlässt er das Bett, nachdem sich auch der obere Wundwinkel geschlossen hatte. Die Neuritis optica des rechten Auges blieb bestehen, es trat auch eine geringe Atrophie ein, die sich aber Ende November unerwartet besserte. Das Gehör nahm bedeutend zu, vor Ende November hatte sich die Oeffnung im Processus mastoideus vollkommen geschlossen, die Eiterung aus dem Ohr hatte bereits lange vorher ganz aufgehört. Die Operationsmethode führte *Lane* zuerst 1888 aus; später wurde sie von ihm und *Ballance* öfter wiederholt und in der Lancet und Brit. Med. Journal, 1889 und 1890, veröffentlicht. Von 7 Operirten starben ihnen 3. Auch von 7 später Operirten starben 2, trotzdem der Sinus transversus nicht betroffen war, so dass, wie ermuthigend auch die Erfolge sind, doch nicht mit Sicherheit die Heilung durch die Radicaloperation erwartet werden kann. Auch Verf. hatte 14 Tage nach der eben beschriebenen gelungenen Operation einen Misserfolg. Da bei mehreren der tödtlich verlaufenen Fälle die Operation vermuthlich zu spät gemacht wurde, können die Aerzte nicht dringend genug auf dieselbe aufmerksam gemacht werden; wir besitzen in ihr ein Hilfsmittel, mit dem wir einen Symptomencomplex, der bis vor Kurzem für hoffnungslos galt, bekämpfen. Mit den antiseptischen Ausspülungen durch den äusseren Gehörgang können leichte und frische Fälle, bei denen Paukenhöhle oder die Zellen des Warzenfortsatzes nicht mitbetroffen sind, gut verlaufen, erreicht man aber damit keine schnelle Besserung, so besteht das einzige Mittel, eine genügende Auswaschung zu machen, in der frühzeitigen Gegenöffnung in der Regio mastoidea, die man ausführen soll, bevor sich ein subcutaner Abscess gebildet hat; hierin liegt der einzige Schutz gegen ein intracranielles Fortschreiten des septischen Processes.

370. ***Therapeutische Anwendung der Milchsäure in Stäbchenform.*** *Von Dr.* ***Zippel,*** *Assistenzarzt. (Centralbl. f. Chir. 1892. 10.)*

Im Hamburger neuen allgemeinen Krankenhause auf der Abtheilung des Dr. *Schede* ist eine ganze Reihe günstiger Erfolge durch die Milchsäureapplication bei verschiedenen Formen von Tuberculose zu verzeichnen. Namentlich gilt dieses von der mehr continuirlichen Einwirkung in Form der Tamponade mit Milchsäure getränkter Gaze. Um nun auch auf tuberculöse Fisteln eine länger dauernde Einwirkung der Milchsäure zu erzielen, unternahm Verf. den Versuch, dieselbe in Form von Stäbchen zu appliciren. Der Herstellung solcher Stäbchen nun von brauchbarer Consistenz, d. h. etwa der eines elastischen Bougies, stellt sich als Hauptschwierigkeit die stark hygroskopische Natur der Milchsäure entgegen, vermöge deren die Stäbchen weich und klebrig bleiben. Dem kann durch folgendes Verfahren abgeholfen werden. Nachdem die Stäbchenmasse, bestehend aus Gelatine, Milchsäure, Wasser aa. 50·0 bei sanfter Wärme flüssig gemacht

und Menthol 30·0 dazugesetzt ist, wird sie in Stäbchenformen gegossen und bleibt einen Tag darin — am besten im Eisschrank. Dann werden die Stäbchen im Exsiccator (einfachem Blechkasten mit doppeltem, durchlöchertem Boden) über Chlorcalcium getrocknet und haben gewöhnlich in 8 bis 10 Tagen die genügende Consistenz erreicht, indem sie dabei unter Wasserabgabe stark schrumpfen und nun etwa 40% Milchsäure enthalten. Dann werden sie sofort mit Collodium überzogen und sind so gut haltbar. Vor der Einführung in die Fistel schneidet man die Spitze schräg ab. Die Masse löst sich dann von der Spitze aus auf und wirkt also, wie ja auch erwünscht, in erster Linie in der Tiefe der Fistel. Die Collodiumhülle wird nach einigen Tagen als leerer Sack aus der Fistel entfernt. Wünscht man den Collodiumüberzug nicht, so können die Stifte in Oel oder Benzin, mit Zusatz von 30% Menthol, aufbewahrt werden. Der Zusatz von Menthol ist gewählt zur Verhinderung der starken Schmerzhaftigkeit der Milchsäureapplication, indem Cocain wegen der durch Resorption möglichen unangenehmen Allgemeinwirkungen gefährlich erschien. Ersetzt man die Gelatine durch Amylum mit Traganth, so werden die Stäbchen weniger elastisch, aber härter. Da die Milchsäurestäbchen erst seit kurzer Zeit auf der Abtheilung des Dr. *Schede* eingeführt sind, so lässt sich über therapeutische Erfolge noch nichts Definitives sagen, vielmehr ist es Zweck der Mittheilung, zu Versuchen mit dem Stäbchen aufzufordern.

D. R.

371. ***Beleuchtung der Highmorshöhle.*** *Von Dr.* **Schleicher.** *(Ann. et Bull. de la Soc. de méd. d'Anvers. 1891. Juni.— Centralbl. f. Chir. 1892. 10.)*

Verf. berichtet über 10 Fälle von Empyem des Sinus maxillaris, wo er die Erleuchtung dieses Sinus mittelst Transparenz *(Voltolini)* zur Feststellung der Diagnose verwerthet hatte. In sechs von diesen Fällen war der Erfolg dieser Untersuchungsmethode ein durchschlagender, in den übrigen weniger in die Augen fallend. Wenngleich der geübte Praktiker und Specialist mit der Diagnose des Empyems meist in's Reine kommt, ohne die Durchleuchtung des Sinus zu Hilfe zu nehmen, so ist der Methode ihr innerer Werth nicht abzusprechen und leistet sie dem weniger geübten Diagnostiker reelle Dienste.

Dermatologie und Syphilis.

372. ***Ueber polymorphe, scharlachartige Erytheme nach innerlichem Quecksilbergebrauch.*** *Von* **A. Morel-Lavallée.** *(Revue de méd. Juni 1891. — Monatsschr. f. prakt. Dermat. 1891. 9.)*

Zur Entscheidung der viel discutirten Frage von den Hautsymptomen der Quecksilberintoxication, mit anderen Worten von den Quecksilbererythemen, gibt Verf. an der Hand von 22 ausführlichen Krankengeschichten eine detaillirte Beschreibung dieser Affectionen. Gestützt auf seine Beobachtungen vertritt Verf. die Ansicht (mit *Hallopeau),* dass der Quecksilberausschlag das deutliche Gepräge seiner Herkunft an sich trage, so dass er von Der-

matologen sofort als solcher erkannt werden könne und stellt als gewöhnlichen Typus für das polymorphe Quecksilbererythem aus interner Ursache den scharlachähnlichen auf. Nur die Fälle, welche auf intravaginale Sublimat- und Quecksilberjodid-Injectionen zurückzuführen sind, machen hiervon eine Ausnahme, indem sie hier und da eine maculöse, papulöse oder Quaddelform annehmen. Nach der Intensität der Erkrankung liesse sich allenfalls eine milde, heftigere und schwere oder maligne Form aufstellen. Dem eigentlichen Ausbruche gehen heftiges Jucken, Hitzegefühl in der Haut, öfter selbst Fieber voraus. Dann folgt, einige Stunden bis mehrere Wochen nach Darreichen der ersten Dosis, das Erythem. Prodrome fehlen fast niemals, variiren aber in ihrer Intensität von niedersten bis zu einem Grade, der den heftigsten fieberhaften Zustand vortäuschen kann. Der Ausschlag selbst kann nur unter verschiedener Form einsetzen. Fast immer lässt sich ein Intensitätscentrum, in der Inguinogenitalgegend gelegen, nachweisen. Bald bildet das Erythem hochrothe, nicht erhabene, unregelmässig begrenzte Flecke von verschiedener Grösse, welche im Verhältniss zu ihrer Entfernung vom genannten Centrum an Dichtigkeit und Intensität der Röthung abnehmen. In anderen Fällen ist die erythematöse Röthung eine diffuse, nach der Peripherie zu blasser, granitartig werdend. In intensiveren Fällen treten zahlreiche halbkugelige, etwas abgeplattete, zuerst mit seröser, später mit milchartig getrübter Flüssigkeit ausgefüllte Bläschen auf, die alle dieselbe Grösse zeigen, sich aber in dieser typischen Form nur auf bestimmte Bezirke beschränken (Inguinal- und Axillargegend) und meist auf Einreibungen mit grauer Salbe zurückzuführen sind.

Der Verlauf des Ausschlages ist ein ziemlich rascher und umfasst 3—5 Tage, dann tritt Desquamation ein. Diese ist fast immer lamellös und beginnt um so früher, je leichter der Fall ist. Sie nimmt ganz denselben Verlauf wie bei Scharlach und entspricht genau der Ausdehnung und Figuration des Erythems. Die Dauer der Desquamationsperiode ist je nach der Intensität des Falles eine verschiedene und kann bis 55 Tage betragen. Bezüglich der Allgemeinsymptome beobachtete Verf. in schweren Fällen Schlaflosigkeit bis Coma. Von Seite des Darmtractus wurde verzeichnet: Diarrhoe, seltener Vomitus, Stomatitis, Gingivitis. In einem Falle trat Gangrän der Genitalgegend ein; nur in einem Falle Albuminurie. Die Gesammtdauer der Krankheit betrug von 8—90 Tage. Mit *Alley* bezeichnet Verf. als prognostisch ungünstige Symptome ein zunehmendes Hitzegefühl der Haut, ein Fortschreiten entzündlicher Erscheinungen im Munde gegen den Rachen zu, eine dunkle bis purpurene Färbung der Eruption, Auftreten grösserer Blasen und Schwellung der Haut, eine langsame Entwicklung des Erythems und Verzögerung der Desquamation über den 10. bis 12. Tag. Recidive sind sehr häufig, verlaufen aber gewöhnlich milder als der erste Anfall. Der individuellen Disposition spricht Verf. bei der Aetiologie der vorliegenden Affection eine Hauptrolle zu, jedoch nicht in dem ausgedehnten Grade wie *Besnier*. Nach Verf.'s Beobachtungen erweist sich der Organismus am empfindlichsten gegen Calomel, indem dasselbe schon nach einer geringeren Dosis das charakteristische Erythem zu erzeugen vermag. Die Wirkung

des Salzes ist zuweilen einzig und allein dem Quecksilbercomponenten zuzuschreiben, indem eine und dieselbe Erythemform durch alle Quecksilbersalze hervorgerufen wird. Die Beziehungen zwischen Hautsymptomen und den Erscheinungen von Seite innerer Organe (vornehmlich Darmtractus) anlangend, fand Verf., dass einerseits die Haut allein sich in einigen Fällen gegen Quecksilber intolerant erweist, indem Visceralsymptome vollständig fehlen, andererseits zahlreiche schwere Fälle bekannt sind, bei denen Erscheinungen von Seite der Haut nicht erwähnt werden. In therapeutischer Hinsicht genügt in leichteren Fällen die Unterbrechung der Quecksilbermedication, in schwereren werden alle Hilfsmittel zur Anwendung kommen, welche bei intensiven, mit hochgradiger Abschuppung und Röthung einhergehenden Processen indicirt sind.

373. ***Verbrennungen im Kindesalter und deren Behandlung.*** *Von Prof. Dr.* ***R. Demme****. Bericht d. Jenner'schen Kinderspitales zu Bern 1891. (Centralbl. f. d. ges. Therap 1892. 4.)*

Verf. constatirt auf Grund eines grösseren Materiales, dass bei Kindern einerseits ganz beschränkte Verbrennungen des 2. Grades zu sehr schweren Erscheinungen, selbst zu tödtlichem Ausgange führen, andererseits ausnahmsweise Verbrennungen, welche mehr als 2 Dritttheile der Körperoberfläche einnehmen, nur minder bedeutende Allgemeinerscheinungen zeigen und genesen. Die dichte Bedeckung der verbrannten Theile mit frisch bereiteter Jodoform- oder Aristolgaze mit nachmaliger Wattabedeckung und Compressionseinwirkung leisteten ausgezeichnete Dienste. Sie beschränken die Secretion, machen den häufigen Verbandwechsel überflüssig, und kommt es dabei zur üppigen Bildung leicht blutender Granulationen, welche vorübergehend das Aufstreuen gebrannten Alauns oder Salols nothwendig machen. Viel weniger günstig wirkten das Kalium und Natrium-Sozojodolicum als Streupulver oder in Salbenform. In einem Falle, in welchem wegen mangelhafter Granulationsbildung die Heilung verzögert blieb, wurden Einspritzungen cantharidinsauren Natriums (0·025 pro dosi alle 3 bis 4 Tage) mit Erfolg gemacht. Im Ganzen wurden 5 solche Injectionen gemacht.

374. ***Die parasitische Natur der Psoriasis und deren Behandlung mit Quecksilberpräparaten.*** *Von* ***E. D. Mapother****. The Brit. med. Jour. 1891. — (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 4.)*

Nach Verf. ist das ätiologische Moment der Psoriasis eine Mikrobie vegetabiler Natur, die die Erscheinungen auf der Haut wahrscheinlich dadurch verursacht, dass der Fungus die Capillargefässe der Papillarschicht verstopft, die an dieser im normalen Zustande eng sind und mit den Lymphgefässen frei communiciren. Die auffallende Symmetrie der Eruption beweist mehr eine Vertheilung der Mikrobien unter dem Einfluss der vasomotorischen und trophischen Nerven als der oberflächlichen, und ausserdem kann häufig eine Symmetrie in dem Fortschritt der Heilung bei innerlicher Anwendung des Quecksilbers beobachtet werden. Der Parasit scheint nicht ärobischer Art zu sein, da man selten das Gesicht und die Rückenseite der Hände als Krankheitssitz findet, welche Erscheinung, ausser auf der Einwirkung von Luft und Licht, auf der häufigen Waschung dieser Theile, auf der kräftigen,

capillaren, die Verstopfung behindernden Circulation oder ihrer zarten Cuticula beruhen kann. Verf. empfiehlt die von *Hutchinson* angerathene Verbindung des weissen Präcipitats mit Chrysarobin örtlich und ersteres allein innerlich; doch scheint letzteres auch durch Resorption von innen zu wirken, da es auf der einen Seite applicirt, auch die Eruption der anderen Seite besserte. Auch wenn die Psoriasis nur scheinbar auf einem vegetalen Parasiten beruht, verdient das Quecksilber die volle Würdigung eines Versuchs. Seine Verbindungen haben, sobald sie innerlich eingeführt werden, ebenso wie die des Arsens und Silbers eine Prädilection, durch die Haut ausgeschieden zu werden. Sie werden demnach die capillaren Blut- und Lympfgefässe, sowie den tiefer gelegenen Theil der Cuticula durchdringen, in denen man den Aufenthalt und die Keimung der Mikrobien voraussetzen kann. Die Eliminationseigenschaften des Quecksilbers — diuretische, purgative und cholagoge — können auch durch Ableitung von der Haut günstig influiren. Recidive, die bei nur örtlicher Behandlung im Verhältniss von 90% auftreten, sind viel seltener bei Mercurialisation des Organismus. Fast in jedem Falle soll man die Mercurialien äusserlich und innerlich anwenden, und zwar empfiehlt Verf. 0·2 der Blue pills, allabendlich durch circa 8 Wochen, durchschnittlich wird der Ausschlag nach 6 Wochen beseitigt. Bei dieser Behandlung sind dieselben Cautelen erforderlich wie bei der Quecksilberbehandlung der Syphilis und demgemäss auch gelegentliche Unterbrechungen und Misserfolge zu erwarten. Die bei der Psoriasis gebräuchliche *Donovan*'sche Lösung wirkt wahrscheinlich durch ihren Quecksilbergehalt; in 20 Tropfen der gewöhnlichen Dose befinden sich 0·01 des Hydrarg. bijodatum. Hospitalkranke mit ausgedehnter Eruption behandelt Verf., nach Entfernung der Schuppen in der gebräuchlichen Weise, mit Einreibung einer verdünnten grauen Salbe; die Kranken müssen im Bett verbleiben, wo sie sich dann in einer mit dem Metall geschwängerten Atmosphäre befinden. Für Privatkranke bildet das Hydrargyrum ammoniacale 1 auf 7—14 Theile einer Mischung von Lanolin und Vaselin — eine geeignetere Application und für den innerlichen Gebrauch ist gleichzeitig das Protojodid ein gutes Präparat. Schliesslich können auch Bäder mit Sublimat und Ammonium muriaticum (von jedem 1 : 2000), wenn sie mit grosser Vorsicht zur Anwendung kommen, gute Dienste leisten. Um Recidive zu verhüten, empfiehlt Verf. tägliche Bäder, und eine aus Vegetabilien reichlich bestehende Diät mit Ausschluss von Hülsenfrüchten, da man auf diese Weise die Entwicklung des Keratin beschränken kann, das bei der Psoriasis in excessiver Weise erzeugt wird.

375. ***Weitere Erfahrungen mit Oesypus.*** *Von Dr.* ***Ihle.*** *(Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XIII. Heft 10.)*

Verf. empfiehlt das ungereinigte Wollfett „Oesypus“ als Salbenconstituens. Sein Vorzug gegenüber Lanolin soll gerade durch die Verunreinigungen — mit ätherischen Oelen — bedingt sein, wodurch es direct wirksam ist. *Taenzer* hat das Wollfett nur als Pasta angewendet. Zur Herstellung einer solchen ist es nothwendig, dass man das Wollfett mit Ol. olivarum vermengt; fügt man dieser

Salbengrundlage Zinkoxyd, Kieselguhr, Magnesia carb., Amylum etc. hinzu, so erhält man die beste Pasta, die man sich nur wünschen kann. Als eine solche indifferente Pasta wird empfohlen:

Rp. *Oesyp.*
Ol. olivar. aa. 10·10
Zinci oxyd.
oder *Amyl. q. s. ut f. past. moll.*

Dieselbe ist zufolge ihrer aufsaugenden und eintrocknenden Wirkung indicirt bei allen nässenden Ausschlägen: Eczema madidans, vesiculosum und bullosum, Verbrennungen I. und II. Grades, Impetigo, Eczema impetiginosum. 19 Fälle von „Sycosis coccogenes" (vulgäre Sycosis) wurden mit Oesypus unter Zusatz mit Salicylsäure, Orcein, Resorcin, Bismuth. subnitr. oder durch folgende Pasta:

Rp. *Bismuth. subnitr.* *5·00*
Zinc. oxyd. *2·000*
Oesyp.
Ol. olivar. aa. q. suff. ut f. pasta moll.

in 14 Tagen bis 3 Wochen (selten 4 Wochen) geheilt. Weiter wurden von *Taenzer* gute Erfolge erzielt mit Wollfett bei den hartnäckigen Gesichtseczemen der Kinder. Bei der trockenen Form dieser Kindereczeme wurde statt des weissen Zinkoxyd der graue Zinkstaub zur Pasta verwendet. Bei der nässenden Form wird

Oesyp. Ol. olivar aa. 10·00
Amyl. *20·00—25·00*

allein schon ausreichen. Bei Verbrennungen und Verbrühungen, von denen nur je ein Fall in Behandlung kam, hat das Wollfett gleichfalls gute Dienste gethan.

Verf. bestätigt und erweitert die Angaben *Taenzer's*. Er rühmt die Wirkung des Oesypus sowohl allein als zähe erweichende Salbe, als auch in Pastenform, die nach der Entfernung der Krusten statt ersteren verwendet werde, bei dem „juckenden Krusteneczeme" der Kinder, ferner bei Sycosis coccogenes. Bei Prurigo und Pruritus soll schon nach einer einzigen Einreibung mit Oesypus der Juckreiz nach kurzer Zeit schwinden. Das Mittel ist übrigens von unangenehmem Geruch.

376. ***Fälle von Urethritis membranacea desquamativa; Argyrie der Harnröhre.*** *Von Dr. **Hugo Feleki.** Demonstration in der Sitzung d. Gesellsch. d. Aerzte in Budapest am 5. März 1892. (Pest. med.-chir. Presse. 11. 1892.)*

Die demonstrirten pathologischen Gebilde stammen aus der Harnröhre zweier männlicher Patienten und wurden mit dem Urin entleert. Der eine Kranke litt seit vier Jahren an einem Harnröhrentripper und als er Verf. aufsuchte, hatte er auch eine linksseitige Nebenhodenentzündung. Nach Abheilen der letzteren wurde die endoskopische Untersuchung vorgenommen, bei welcher an einzelnen Stellen der Harnröhre linsen- bis pfefferkorngrosse Epithelauflagerungen zu sehen waren, auch zeigte die Schleimhaut der ganzen P. cavernosa wesentliche Veränderungen, sie war weniger elastisch, matt und grauweiss verfärbt. Eine Strictur war mittelst Sonde nicht wahrzunehmen. Während der Behandlung rückte der Verdacht immer näher, dass die ganze P. pendula von Epithelauflagerungen bedeckt sei, es wurde daher eine 1/2procentige Lapis-

injection gemacht und nach zwei Tagen eine zweite. Am der zweiten Injection folgenden Tage entleerten sich beim Harnen zwei, 5 Cm. und 3 Cm. lange, grauweisse, häutige, cylindrische Röhrchen, deren Wandung die Dicke von einem halben Millimeter hatte und welche einen Abdruck der Harnröhre gaben. Aehnliche kleinere Stücke wurden noch einige Tage hernach entleert. Eine entzündliche Reaction war nicht vorhanden. Laut Angabe des Patienten entleerte er vor zwei Jahren ebenfalls nach einer stärkeren Injection den beschriebenen ähnliche Gebilde, worauf der Ausfluss aus der Harnröhre ein halbes Jahr lang sistirte. Unter dem Mikroskop erweisen sich die Röhrchen als homogene Gebilde, bestehend aus geschichtetem Pflasterepithel. Der Patient genas auf locale Behandlung vollkommen. Diesem Krankheitsbilde ähnliche Fälle sind bisher blos zwei beschrieben, jene, die auf der Abtheilung des Prof. *Schwimmer* vor einigen Jahren beobachtet wurden. Der zweite Fall war dem beschriebenen sehr ähnlich. Bei der ersten endoskopischen Untersuchung repräsentirte sich die Schleimhaut als schwarzgrau, matt und konnte auch eine mässige Verengung des Lumens constatirt werden. Die Verfärbung der Urethra erwies sich als Argyrie, verursacht durch anderthalb Jahre lang fortgesetzte Lapisinjectionen. Die Einspritzungen wurden sistirt, hingegen eine systematische Sondencur vorgenommen. Nach Einführung von 23 Charr. entstand eine unbedeutende entzündliche Reaction, der zu Folge eine schwache Bleiessiglösung injicirt wurde. Nach zwei Injectionen entleerten sich die demonstrirten, den vorigen vollkommen ähnlichen, jedoch schwarzbraunen Röhrchen, deren Verfärbung unter dem Mikroskop, als aus kleinen Körnchen herrührend, sich erwies. Auch dieser Patient genas. Endlich erwähnt Verf., dass er die Benennung Urethritis membranacea desquamativa für nicht entsprechend hält, da es sich in diesen Fällen nicht um eine besondere Form von Blennorrhoe, sondern um mächtige Epithelanhäufungen, respective um Eliminirung derselben handelt.

377. ***Die Definition der „Varicellen" nach dem Gutachten des österr. obersten Sanitätsrathes.*** *(Oesterr. Sanitätswesen. 1891. 20.)*

Unter Varicellen ist zu verstehen: Ein acutes contagiöses Exanthem, charakterisirt durch eine meist plötzliche, von keinem oder fast ausnahmslos kurz dauerndem, geringem Fieber begleitete Eruption von meist reichlichen, wasserhellen, herpesähnlichen, oberflächlich sitzenden, aus Roseolaflecken, nicht aus harten Knötchen, sich entwickelnden Bläschen, die nach kurzer, etwa 24 Stunden langer Dauer von der Mitte aus zu kleinen Krüstchen eintrocknen, welche nach wenigen Tagen abfallen und nur an einzelnen Stellen eine minimal vertiefte, weiche Narbe zurücklassen. Diesem Exanthem ist eigenthümlich das Fehlen eines Prodromalstadiums — ein schubweises Nachrücken neuer Efflorescenzen in den ersten Tagen unter sehr mässigem Fieber — am Schlusse der Eruption der gleichzeitige Befund von Efflorescenzen in allen Stadien der Entwicklung und Rückbildung — an den sichtbaren Schleimhäuten, besonders im Munde, nur einzelne schlaffe Bläschen von kurzer Dauer — während des ganzen Verlaufes kaum nennenswerthe Störung des Allgemeinbefindens, völlige Heilung beiläufig nach 8 Tagen. Das

Exanthem befällt nur selten Individuen jenseits der Grenzen des Kindesalters. Sein Auftreten ist theils sporadisch, theils in kleinen Epidemien. Die Varicella besitzt volle Unabhängigkeit gegenüber der Impfung.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

378. ***Untersuchungen über die chemischen Vorgänge im menschlichen Dünndarm.*** *Von* ***A. Macfadyen, M. Nencki*** *und* ***N. Sieber.*** *(Arch. f. experim. Path. u. Pharm. Bd. XXVIII. Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 18.)*

Die Verff. haben an einer Frau, bei welcher wegen gangränöser Hernie ein Anus praeternaturalis angelegt worden war, während mehrerer Monate Untersuchungen des Darminhaltes angestellt. Da das excidirte Darmstück gerade das in das Cöcum einmündende Ende des Ileum war, bot sich Gelegenheit für isolirte Untersuchung der Producte der Dünndarmverdauung. Die Menge des gelösten, in der Hitze coagulirenden Eiweisses im Dünndarmspeisebrei betrug weniger als 1%. Der Zuckergehalt schwankte zwischen 0·3 und 4·75%. Der Gehalt an nicht resorbirtem Eiweiss betrug circa 6%. Bemerkenswerth ist, dass durch die ganze Länge des Dünndarmes der Speisebrei saure Reaction behält. Die Ursache der sauren Reaction sind flüchtige Fettsäuren (hauptsächlich Essigsäure). Die Darmwand selbst, sowie der Darmsaft reagirten alkalisch. Im Dünndarminhalte sind grosse Mengen von Spaltpilzen vorhanden, die indessen Eiweiss so gut wie gar nicht, sondern fast ausschliesslich die Kohlenhydrate zersetzen. Das Bild der im Dünndarm vorkommenden Organismen ist ein sehr wechselndes. So constant wie die Leptothrix im Munde oder Bact. coli commune im Dickdarm scheinen keine Arten an den Dünndarm gebunden zu sein. Dass im Dünndarm fast ausschliesslich Mikrobien der Zuckergährung vorkommen, erklärt sich aus der sauren Reaction des Dünndarmchymus, gegen welche erstere weit weniger empfindlich sind als die Bacterien der Eiweissfäulniss. Dass in den oberen Abschnitten des Verdauungstractus eine solche Entwicklungshemmung stattfindet, die die vorzeitige und übermässige Bildung unnützer und schädlicher Spaltungsproducte (Indol, Scatol, Phenol, H_2S etc.) verhindert, ist als ein Vortheil für die normale Verdauung anzusehen.

379. ***Ueber Reflexe von der Nasenschleimhaut auf die Bronchiallumina.*** *Von Dr.* ***J. Lazarus.*** *(Arch. f. Anat. u. Physiol. 1891, pag. 19—36. — Centralbl. f. klin Med. 1892. 10.)*

Um die Thätigkeit der Bronchialmuskeln zur Anschauung zu bringen, benützt Verf. eine Methode, deren Princip darin besteht, dass Luft unter genau bekanntem Druck in die Trachea hineingepresst und die in einer bestimmten Zeit hineingetriebene Luftmenge gemessen wird. Contrahiren sich die Bronchialmuskeln, so wird diese Luftmenge in Folge des verengerten Lumens, also des erhöhten Reibungswiderstandes, verringert. Das Gleiche tritt ein, wenn

unter genau bestimmten Factoren aus der gefüllten Lunge Luft herausgesogen wird. Die Versuche wurden an curarisirten Kaninchen angestellt, die durch künstliche Athmung apnoisch gemacht wurden. Die Reizung der Nasenschleimhaut erfolgte entweder mechanisch, indem mit einer dünnen Sonde die Nasenscheidewand und der hintere Theil der unteren Muschel berührt wurde, oder elektrisch, indem die Sonde mit einem Inductionsapparat in Verbindung gebracht wurde. Es ergab sich nun, dass bei Reizung der Nasenschleimhaut die Widerstände in den Bronchien steigen. Diese Wirkung bleibt aus, wenn vorher die Vagi durchschnitten werden. Dagegen tritt die gleiche Wirkung ein, wenn statt der Nasenschleimhaut die peripheren Vagusenden elektrisch gereizt werden. Da nun der Vagus keine vasodilatatorischen Fasern für die Lunge besitzt, und eine vermehrte Secretion auf der Schleimhaut keine so plötzliche und wieder vorübergehende Wirkung hervorrufen könnte, so muss als Ursache der beobachteten Steigerung der Widerstände eine Verengerung des Bronchiallumens durch Contraction der Bronchialmuskeln angenommen werden. Die bei der Reizung der peripheren Vagusenden eingetretene Pulsverlangsamung ist ohne Bedeutung; denn die Wirkung tritt auch eben so ein, wenn durch Atropininjection die Vagusreizung auf das Herz aufgehoben wird. Es vollzieht sich also der von der Nasenschleimhaut auf die Bronchialmuskeln ausgeübte Reflex auf dem Wege des Vagus. Nach einer beigefügten Bemerkung von *Zuntz* hätte dieser Reflex für den Organismus den Werth, dass bei staubhaltiger Luft die Reizung der Nasenschleimhaut eine Verengerung des Bronchiallumens bewirkt, wodurch zwar die Athmung etwas erschwert, aber die Staubbefreiung der Athmungsluft vor ihrem Eintritt in die Alveolen verbessert wird.

380. ***Ueber den Nachweis metallischer Fremdkörper im menschlichen Körper mittelst der telephonischen Sonde und der Inductionswage.*** *Von Dr.* ***C. Kaufmann.*** *Aus der Festschrift zum 25jährigen Doctor- und Docentenjubiläum von Theodor Kocher. (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 18.)*

Verf. hat das von *Bell* erfundene Instrument sehr wesentlich zu verbessern verstanden, indem er es empfindlicher für den Metallnachweis machte. Je grösser die Spannungsdifferenz des im Körper befindlichen und seiner Natur nach gewöhnlich bekannten Metalles mit derjenigen des als Pol verwendeten ist, um so grösser wird die Stromschwankung im Apparat, um so lauter das Geräusch im Telephon. Für den Nachweis von Bleikugeln hat sich der Ersatz der von *Bell* gebrauchten Stahlplatte durch eine Platinspirale, für eiserne, kupferne, silberne Fremdkörper derselbe durch einen amalgamischen Zinkstab als vortheilhaft erwiesen. Tabellarische Uebersichten über die mit dem Galvanometer gemessenen Stromschwankungen und einige Krankengeschichten illustriren die Angaben Verf., der die telephonische Sonde in der von ihm verwendeten Form als die sicherste, beste und einfachste Kugelsonde bezeichnet und darauf hinweist, dass die Ersetzung der Sonde durch eines der gebräuchlichsten Extractionsinstrumente deren Brauchbarkeit zur Extraction aller Arten metallischer Fremdkörper sehr erhöht, zumal bei der Verbreitung des Telephons heutzutage das Instru-

mentarium sehr leicht improvisirt werden kann. Weniger einfach in seiner Anordnung und in seiner Beschaffung, sowie auch in seiner Verwendbarkeit ist die Inductionswage von *Hughes*, welche gleichfalls von Verf. modificirt worden ist. Ihr Vorzug besteht darin, dass sie auch ohne Wunde den Nachweis metallischer Fremdkörper ermöglicht, sofern solche sich oberflächlich unter der Haut befinden. Revolverkugeln durften 1—1½ Cm. tief, die modernen Martelprojectile 6—8 Cm. tief stecken. Jedoch hofft Verf., dass es möglich sein wird, noch empfindlichere Apparate zu construiren.

381. ***Ueber die antitoxische Wirkung der Schilddrüse.*** *Von **W. Lindemann**, Moskau. (Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1891. II. 13. — Schmidt's Jahrb. d. ges. Med. 1892. 3.)*

Verf. hat einige Versuche angestellt, um beim Hunde das Verhalten der Schilddrüse zu verschiedenen Giften kennen zu lernen. Verf. hat Coffein gewählt, da dieser dem Xanthin, einem beständigen Stoffwechselproducte, nahesteht. Diese Versuche führten zu folgenden Resultaten: 1. Das Coffein übt eine bedeutend schwächere Wirkung auf das unoperirte Thier aus, wenn es durch die Art. thyreoidea eingeführt wird, als auf ein Thier, welchem es beim Fehlen der Drüsen selbe durch die Venen eingespritzt wird. 2. Wird das Coffein in einer Dosis von 0·075 auf jedes Kilogramm des Gesammtgewichtes in den Magen eines operirten Thieres eingeführt, so treten bei letzterem spontan die bekannten Krampffälle auf. Bei einem normalen Thiere, das im Besitze seiner Schilddrüsen ist, ruft diese Dosis blos Erbrechen hervor. Verf. hält die Theorie einer antitoxischen Function der Schilddrüse für sehr wahrscheinlich und glaubt, dass die hypothetische giftige Substanz, die die Symptome der Cachexia strumipriva beim Menschen erzeugt, und die Erscheinungen der Tetanie beim Hunde hervorruft, zur Gruppe der Xanthinbasen gehört, obwohl keine der bis jetzt bekannten Substanzen dieser Gruppe, die im Thierorganismus vorkommen, solche giftige Eigenschaften aufweist.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

382. ***Ueber die Menstruation.*** *Von Dr. **Alexander Doktor.** Aus der I. gynäkologischen Klinik in Budapest. (Orvosi Hetilap. 1891. 39 u. ff. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 11.)*

Das erste Auftreten der Menstruation, die geschlechtliche Reife des weiblichen Wesens scheint von mehreren Umständen abzuhängen. Bezüglich des Klimas haben die meisten Autoren die schon mehr als ein halbes Jahrhundert alten Angaben *Marc d'Espine's* bestätigt, dass nämlich die Menstruation um so früher auftritt, je mehr man sich dem Aequator nähert. Von den 9600 Fällen, die Verf. behandelt, und die meist provinzieller Abkunft sind, ist die Häufigkeitsscala der ersten Menstruation folgende: Die erste Menstruation zeigte sich im 15. Jahre bei 22¼% der Fälle, im 16. Jahre bei 20½%, in 14. bei 10%, im 17 bei 11—10½% und im 13. bei 11—10½% der Fälle. Im Durchschnitt fällt in Ungarn die erste Menstruation auf das Alter von

15 Jahren, 4 Monaten und 10 Tagen. Mädchen jüdischer Abstammung bekommen die Periode im Allgemeinen um 8 Monate früher. Ausser dem Klima und der Rasse haben die Autoren auch andere Factoren in den Kreis ihrer Betrachtung gezogen, so z. B. das Leben in der Stadt und auf dem Lande. In der Stadt geht das Mädchen einer rascheren Entwicklung entgegen, ihre Periode erscheint früher als auf dem Lande. Aus den Berichten der Autoren *Bruierre de Boismont* (Paris), *Ravu* (Kopenhagen), *Szukics* (Wien), *Schlichtling* (München) geht in dieser Hinsicht eine 4—10monatliche Differenz hervor. Auch aus den Daten Verf.'s ergibt sich, dass die Periode in der Hauptstadt ohne Rassenunterschied um 6—7 Monate früher auftritt. Im Allgemeinen trägt die Erziehung an der trägeren oder rascheren Entwickelung des Mädchens Schuld. Die geschlechtliche Reife tritt früher ein, wenn auf Kosten des Körpers die geistige Erziehung forcirt wird; und später wenn die geistige Erziehung hinter der körperlichen zurückbleibt. Auch scheint sich bezüglich der ersten Menses eine gewisse Vererbung von Mutter auf Tochter geltend zu machen. Nach *L. Mayer* bekommen braune, hohe, starke Frauenzimmer früher ihre Periode als blonde, niedere und schwache. Was die jedesmalige Dauer der Menstruation betrifft fand Verf. unter 5324 Fällen am häufigsten eine 3-, dann eine 4- und in letzter Reihe eine 8tägige Dauer der Blutung. Die Periode wiederholt sich meist 3 bis 4wöchentlich, kann aber auch noch innerhalb der physiologischen Grenzen in 2—8 Wochen wiederkehren. Bei unserem gemässigten Klima sind die Frauen im Durchschnitt 30 Jahre lang der Periode unterworfen, in extremen Fällen können die Menses 15 bis 50 Jahre dauern. Im Allgemeinen menstruiren Mehrgebärende länger als Nulliparen. Das Klimacterium tritt zumeist in dem 45. bis 48. Lebensjahre auf. Aber die Menses können auch schon einerseits im 20., anderseits erst nach dem 60. Lebensjahre ausbleiben. Unter den 365 Frauen, bei denen sich der Zeitpunkt der letzten Menstruation bestimmen liess, fand Verf. als Grenze in 2 Fällen das 29., in einem Falle das 63., in 33 Fällen das 51., in je 30 Fällen das 46. und 47. Lebensjahr. Das Ausbleiben der Menses ist gewöhnlich gerade so, wie das erste Auftreten derselben, mit gewissen Störungen im Allgemeinbefinden verbunden (Völle, Spannung und Schmerzen im Bauche, Schwindel, Schwäche, schweres Athmen, Blutungen aus anderen Organen u. s. w.). Der bisher regelmässige Typus ändert sich allmälig, die Pausen werden bald länger, bald kürzer und die Blutung ist ebenfalls bald stärker, bald schwächer. Ovarientumoren pflegen — vielleicht in Folge Zerstörung des Ovariums — die Menopause zu beschleunigen, einen entgegengesetzten Erfolg scheinen die Neoplasmen des Uterus zu haben.

383. ***Die Desinfection der Wände inficirter Wohnräume.*** *Von* **Cronberg**. *(Arch. f. Hyg. Bd. XIII. Pharmac. Presse. 1892. 11.)*

Nach *Esmarch* wird Brot zum Abreiben der Wände angewendet, Verf. stellte Versuche mit anderen Materialien an. Es zeigte sich bei dieser Prüfung, dass Zunder dieselben Nachtheile hat wie das Brot: er krümelt leicht ab und zerbröckelt.

Wachsleder und Gummi bewährten sich gleichfalls nicht. Das desinfectionskräftigste Mittel war der S c h w a m m, nur empfiehlt es sich, denselben feucht zu handhaben, also am besten mit einer 1procentigen Sublimatlösung zu tränken, auszupressen und dann mit Anwendung einer gewissen mechanischen Kraft, die immer zur Geltung kommen muss, die Wände abzureiben. Das Verfahren hat mehrere Vortheile, es ist nicht kostspielig, es setzt keine Gefahr für den Desinficirenden, es erlaubt endlich den öfteren Gebrauch desselben Schwammes, da dieser in kochendem Wasser sich sehr leicht sterilisiren lässt.

384. ***Ueber die Schwerhörigkeit der Kesselschmiede.*** *Von* ***Habermann.*** *(Arch. f. Ohrenhk. Bd. XXX. — Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1891. October.)*

Bei Kesselschmieden scheint Schwerhörigkeit zu den Berufskrankheiten zu gehören. 31 Kesselschmiede, welche Verf. untersuchte, zeigten für Stimmgabel, Uhr und Sprache eine sehr beträchtliche Herabsetzung der Perceptionsfähigkeit. Die Ergebnisse der Hörprüfung mittelst Stimmgabel waren am charakteristischen, wo keine Complicationen mit Mittelohrkrankheiten in Frage kamen. Die Herabsetzung, beziehungsweise der Wegfall des Gehöres für solche Töne (*Galton*'sche Pfeife) war derart constant, dass Verf. schon aus den Untersuchungen am Lebenden mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den Ausfall bestimmter Functionen der Schnecke schloss. Der gleichzeitig mitgetheilte Sectionsbefund der beiden inneren Gehörorgane eines im 76. Jahre verstorbenen Kesselschmiedes ergab: Fehlen des *Corti*'schen Organs, der *Corti*'schen Membran und der Nerven in der Lamina spiralis. Im Canalis ganglionarius fanden sich nur sehr spärliche Ganglienzellen. Wo die Nerven im inneren Ohr sich noch erhalten zeigten, waren sie von auffallend verminderter Stärke. Verf. weist die eventuell geltend zu machende Vermuthung, als habe es sich um postmortale arteficielle Veränderungen gehandelt, zurück, und spricht die von ihm erhobenen Befunde als Bestätigungen der *Helmholz*'schen Theorie über die Function der Schnecke (Perception der höchsten Töne) an.

385. ***Hygiene der Reisenden auf Eisenbahnen.*** *Von* ***L. Csatáry de Csátár.*** *Vortrag auf dem X. intern. med. Congress zu Berlin. 1890. (Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. 1891. Bd. XXIII.)*

Das Reisen an sich ist nicht gesundheitsschädlich, doch wäre zu wünschen, dass einzelne Punkte im hygienischen Interesse Beachtung finden mögen. Für die Eisenbahnreisenden lassen sich keine allgemeinen Verhaltungsmassregeln feststellen. Es ist ein grosser Unterschied zwischen dem Reisenden, welcher zu seinem Vergnügen reist und jenem, welcher zur reisen gezwungen ist. Jene Massregeln aber, welche der Hygiene des Reisenden in den meisten Fällen entsprechen, sind folgende: 1. Von Krankheiten oder Unwohlsein Befallene sollen nur dann eine Reise beginnen, wenn dies durch einen sachverständigen Arzt gestattet oder angeordnet wird; entsteht die Krankheit oder das Unwohlsein während der Reise, so consultire der Reisende den nächsten Arzt. 2. Das Reisen bei der Nacht ist möglichst zu vermeiden; die Nacht diene naturgemäss zur Ruhe; der Schlaf bei dem fortwährenden Rütteln

ist nicht erquickend; wenn man aber genöthigt ist, bei der Nacht zu fahren, so benütze man die Schlafwagen; jedenfalls entledige man sich aller beengenden und drückenden Kleidungsstücke, namentlich aber vertausche man Stiefel und Schuhe mit bequemen Pantoffeln. 3. Man reise nicht zu lange in einem Zuge, 8 bis 10 Stunden Bahnreise, namentlich in Schnellzügen, sind genügend, während eine länger dauernde Fahrt bei den meisten Reisenden Ermüdung erzeugt. 4. Man bewahre im Essen und Trinken die grösste Mässigkeit während der Reise; ein entgegengesetztes Verhalten wird zur Ursache sehr unangenehmer krankhafter Zufälle. Auch ist es viel zweckmässiger, in einem Esskorbe gute und leicht verdauliche Nahrungsmittel mitzunehmen, als in jenen Bahnstationen zu speisen, wo selbst der für 20 Minuten vorgeschriebene Aufenthalt abgekürzt und hierdurch der Reisende genöthigt wird, die gereichten Speisen mit Hast und Eile hinunter zu würgen. Allerdings ist diesem Uebelstande durch die Gegenwart der Restaurationswagen bei vielen Zügen abgeholfen; dieselben sollten jedoch eine mehr ausgebreitete Anordnung finden. 5. Die Bekleidung des Reisenden sei leicht, bequem und der Jahreszeit entsprechend, in welcher die Reise unternommen wird. Es ist ein grosser Fehler, bei Winterreisen sich darauf zu verlassen, dass die Waggons geheizt werden und aus diesem Grunde keine warmen Ueberröcke mitzunehmen. Wenn man auch des Ueberrockes im geheizten Waggon nicht bedürftig ist, so braucht man denselben desto mehr bei dem Austritt in die freie, kalte Luft. Für Frauen sind enge Kleider auf der Reise besonders schädlich, sowie zu lange Kleider, welche bei dem Ein- und Aussteigen die Ursache von Unfällen werden können. 6. Bei langen 15 bis 20 Stunden und darüber dauernden Reisen trachte man den unteren Extremitäten wenigstens zeitweise eine horizontale Lage zu geben Das fortwährende Herunterhängen der Füsse erzeugt oft Oedem, Schwellung derselben. 7. Man lese nicht fortwährend, sondern setze 10 bis 15 Minuten aus, denn ein unausgesetztes Lesen, namentlich in den Schnellzügen, ist für die Augen sehr schädlich; bei künstlicher Beleuchtung lese man aber nur dann, wenn dieselbe vollkommen genügend ist, nicht aber einem Halbdunkel entspricht, wie dies bei den meisten Bahnen der Fall ist. 8. Man beobachte bei dem Ein- und Aussteigen die ohnehin polizeilich angeordneten Vorschriften und springe nicht in den oder aus dem Zuge, welcher in Bewegung ist, denn dadurch wird das Leben gefährdet. *E. Lewy.*

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

386. *Ueber die Radicalcur der Hernien ohne Einklemmung beim Weibe.*

Von ***Lucas Championière.***

Nach einem in der chirurgischen Section der Association française pour l'avancement des sciences, auf deren letzten Congresse zu Marseille gehaltenen Vortrage.

Mitgetheilt von Dr. ***Baaz.***

Mit der Radicalcur der weiblichen Hernien hat man sich sehr wenig beschäftigt, obgleich die operativen Indicationen sehr zwingende sind, fast mehr noch als beim Manne und eine radicale Heilung auch viel sicherer gewärtigt werden kann als beim Manne. Eine Hernie ist beim Weibe noch viel lästiger als beim Manne. Die Bandage ist schwieriger anzulegen und der Bruch selbst oft schmerzhaft. In Folge dessen scheuen solche Frauen die Bewegung, werden emphysematisch, der allgemeine Gesundheitszustand verschlechtert sich, viele werden Albuminuriker oder Diabetiker, die Schwangerschaft wird sehr beschwerlich, deshalb ist die Radicaloperation angezeigt und man sollte trachten, noch junge Individuen mit kleinen Hernien vor Entwicklung organischer Destructionen zu operiren. *Championière* hat selbst 39 solche Fälle ohne Missgeschick operirt. Davon waren 11 Nabelhernien, 11 Crural- und 17 Leistenhernien. Von den Nabelbrüchen waren einige sehr gross. Bei kleinen oder mittelgrossen Hernien gelingt es, die Wand sehr vollkommen zu trennen.

Am häufigsten ist die fast stets angeborene Inguinalhernie, gewöhnlich ist dieselbe schmerzhaft und in mehr minder directem Zusammenhange mit den Adnexen des Uterus durch das in der Wand des Bruchsackes liegende Ligamentum uteri rotundum *Championière* entfernt es stets mit dem Bruchsacke, wodurch er nicht nur eine völlige Zerstörung des serösen Sackes, sondern auch eine völlige, nirgends einen Spalt aufweisende Wand erzielt. Die Leistenhernie muss man ohne Ausnahme bei jungen Frauenspersonen, welche im Begriffe stehen, sich zu verehelichen, sowie wegen der durch sie verursachten Schmerzen operiren. Die Schenkelhernie ist ebenfalls in der Regel so schmerzhaft wie irreponibel in Folge der epiploischen Adhäsionen. Die Operation gestaltet sich ziemlich schwierig, weil es nothwendig ist, bis über die Fascia cribriformis hinaufzugehen, da die Adhäsionen sich häufig bis über den Ring hinauf erstrecken. Auch hier liefert die Operation, mit Geduld und Vorsicht ausgeführt, befriedigende Resultate, welche selbst durch eine Schwangerschaft nicht beeinträchtigt werden.

Auf demselben Congresse besprach *Verneuil* die Prognose der Knochen- und Gelenkstuberculose in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

Er bemerkte, dass, wenn man auch die Schwere einer tuberculösen Infection zugestehen müsse, man doch auch gegen den

Pessimismus und Fatalismus Jener ankämpfen müsse, welche die Tuberculose als eine nur äusserst schwierige und selten heilbare Krankheit erklären. Er zeigte, wie sich im Verlaufe der letzten 40 Jahre die Prognose, vorher noch sehr zweifelhaft, immer mehr und mehr gebessert habe und sich auch noch immer bessern könne und werde; dass bekanntermassen gerade die Knochen und Gelenkstuberculose von Tag zu Tag eine geringere Sterblichkeit aufweise und wenn auch mit unangenehmen Residuen, so doch mindestens mit selteneren, weniger belästigenden und auffallenden Gebrechen heile.

Nur selten komme es zu schweren und ausgebreiteten Verstümmlungen und diese verhältnissmässig günstigen Erfolge würden meist nur durch die kleine Chirurgie, arzneiliche Therapie und zweckmässige Hygiene und ohne Kenntniss eines specifischen Agens, welches geeignet wäre, das von *Villemain* entdeckte Virus zu zerstören, erreicht. Dieses Virus besitze in der Knochen- und Gelenkstuberculose eine grössere Wichtigkeit als der Bacillus Kochii, weil ersteres bei derlei tuberculösen Störungen stets vorhanden sei, während dies vom Bacillus tubercul. nicht der Fall sei. So sei z. B. der Eiter kalter Abscesse stets virulent, trotzdem er keine Bacillen enthalte. Impfe man mit demselben Meerschweinchen, so werden sie tuberculös. Durch den Nachweis des virulenten Charakters der tuberculösen Producte habe *Villemain* für die Wissenschaft mehr geleistet als alle späteren bacteriologischen Entdeckungen.

Bei der Bezeichnung „Heilung der Tuberculose“ dürfe man jedoch den Begriff Heilung nicht im strengen Sinne des Wortes auffassen, da die Tuberculose nach Jahre langer, dem Anscheine nach vollkommener Heilung unter dem Einflusse gewisser Ursachen wieder auftreten kann.

Nach dem heutigen Stande unserer Wissenschaft können wir eine gänzliche Heilung der Tuberculose nicht behaupten, denn die localen Processe können erloschen erscheinen, aber an ihrer Stelle oder auch ferne davon können bacilläre Herde fortbestehen, welche ebenso absterben als wie sich von Neuem entzünden oder von der Entstehung neuer Herde gefolgt sein können. Wir müssen daher unter der Heilung der Tuberculose einen momentanen Stillstand der tuberculösen Erscheinungen und der localen Ausbreitung der Tuberculose von mehr minder langer Dauer verstehen.

Verneuil macht sodann auf die Umstände aufmerksam, welche die Prognose der articulären und Knochentuberculose beeinflussen. Die Lage des Knochens und des Gelenkes, ihre Beziehungen zu den Nachbarorganen, ihr Volum, ihre Zugänglichkeit für die Hand des Chirurgen, das Alter, die Constitution der Kranken, die Complication der primären Läsionen, die Dauer der Krankheit, hygienische Bedingungen und Heredität, die sociale Stellung.

Literatur.

387. ***Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie.*** *Von Dr.* ***Albert Hoffa****, Privatdocent der Chirurgie an der Universität Würzburg. Stuttgart 1891, Verlag von Enke. 748 Seiten. Preis 16 Mark.*

Der uns bereits durch sein treffliches Lehrbuch der Fracturen und Luxationen bekannte chirurgische Autor bietet uns hier in einem umfangreichen Bande eine erschöpfende Darstellung der orthopädischen Chirurgie, womit er einem wahrhaften Bedürfnisse entsprochen. Es wird dieses, das ganze Wissen und Können dieses so hochwichtigen Zweiges der Chirurgie in vollkommen verständlicher und klarer Fassung schildernde Werk sowohl dem Orthopäden vom Fache, wie auch dem praktischen Arzte sehr willkommen sein. Eine grosse Anzahl vorzüglicher bildlicher Darstellungen aus dem Gebiete der einschlägigen pathologischen Anatomie, sowie nach dem Leben gemachter Zeichnungen und photographischer Aufnahmen, ferner instructiver Bilder der gebräuchlichen orthopädischen Verbände, Proceduren, Bandagen und Apparate der Heilgymnastik dienen zur besseren Erklärung und Erläuterung des Inhaltes und die deutsche und ausländische Fachliteratur werden gebührend gewürdigt. Alle heutzutage gebräuchlichen Behandlungsmethoden der Deformitäten werden gründlich und kritisch abgehandelt, und wie bemerkt, meist durch Illustrationen, zumeist Originale, veranschaulicht. Eine eingehende Besprechung des vorzüglichen Lehrbuches würde zu weit führen, wir müssen uns auf das Gesagte beschränken und möchten dessen Studium nur nochmals den Aerzten, insbesondere den chirurgischen Praktikern auf's Angelegentlichste anrathen. Dieselben werden sich in allen vorkommenden Fällen Rath erholen können. Nicht selten wird der ärztliche Praktiker in kleineren Städten und Orten, wo keine diesbezüglichen Specialisten oder gar orthopädische Heilanstalten existiren, in die Lage versetzt, seinen Rath und sein Urtheil bei vorkommenden Deformitäten abgeben zu müssen, wo ihm sein diesbezügliches Wissen und Können, weil von der Klinik her nur lückenhaft und geringe, wegen der oft nur oberflächlichen Behandlung dieses wichtigen Theiles der Chirurgie auf denselben im Stiche lässt und er auch in den chirurgischen Lehrbüchern nur ungenügende Auskunft erhält. So kommt es dann, dass die Behandlung der betreffenden Personen, häufig Laien, Bandagisten, Masseuren und mit der Sache ganz ungenügend und wenig vertrauten Handwerkern überlassen wird, zum Schaden der Patienten und zur Schande für unseren Stand. — Vorliegendes Buch ist geeignet, diesem Uebelstande abzuhelfen und sei deshalb nochmals bestens empfohlen. *Baaz,* Graz.

388. ***Therapeutisches Jahrbuch 1891.*** *Von Dr.* ***Ernst Nitzelnadl****, prakt. Arzt in Russdorf, Sachsen-Altenburg. II. Jahrg. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1892.*

Der Verf. gibt uns in dem vorliegenden zweiten Jahrgange seines Sammelwerkchens ein übersichtliches Referat der in der deutschen Journalliteratur 1891 niedergelegten therapeutischen Massnahmen. Der grosse Fleiss, die gut getroffene Auswahl unter dem Gebotenen, die Kürze der Darstellung verdienen gerechte Anerkennung. Dass der Verf., dem in unserer vorjährigen Besprechung geäusserten Wunsche folgend, Namen der Autoren hinzugefügt, ist erfreulich, nur wäre ein umfangreiches Mehr sehr erwünscht sowohl zur Förderung der Literaturkenntniss, als

zur Anregung, das von bewährten Männern Empfohlene aus eigener Erfahrung kennen zu lernen. Wir stellen dem Büchlein auch für dieses Jahr ein gutes Prognostikon. *Hausmann,* Meran.

389. ***Experimentelle Beiträge zur Darmchirurgie.*** *Mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung des Darmverschlusses. Von* ***N. Senn.*** *Aus dem Englischen mit Autorisation des Verfassers übertragen von Dr.* ***Willy Sachs,*** *Specialarzt f. Chirurgie zu Mühlhausen. Basel, Verlag von Carl Sallmann, 1892.*

Nicht nur der Umstand, dass die Darmchirurgie derzeit eines der am fleissigsten gepflegten Gebiete der Chirurgie bildet, sondern auch der bedeutende Antheil, den Verf. durch seine Versuche über die Behandlung des Darmverschlusses mittelst Anastomosenbildung und durch seine Modification der Darmnaht an die neuesten Fortschritte der Darmchirurgie hat, lassen uns in vollstem Masse eine Uebersetzung der experimentellen Studien *Senn's*, welche der Uebersetzer „ein Meisterstück der zu physiologischen und chirurgisch-pathologischen Zwecken unternommenen Vivisection" nennt, als ein dankenswerthes Unternehmen betrachten. Wie Verf. ausführt, kann eine rationelle und erfolgreiche chirurgische Behandlung des Darmverschusses ebenso wie andere Bauchoperationen nur auf Grund von experimentellen Untersuchungen vorgenommen werden. Solche müssen wesentlich dazu beitragen, das diagnostische Dunkel der Ursache des Darmverschlusses aufzuklären und Klarheit über die Indicationen eines operativen Eingriffes zu verbreiten. Für die Operationsmethoden ist auf diesem Wege eine Vervollkommnung ausschliesslich auf experimentellem Wege zu erhoffen. Die vorliegende, 108 Seiten starke Schrift enthält den Bericht über 150 Thieroperationen, welche namentlich den Einfluss der verschiedenen Arten des Darmverschlusses, der künstlich erzeugt wurde, lehren und andererseits neue Operationen für diejenigen Fälle versuchen, indem die Beseitigung der Grundursache des Darmverschlusses entweder unmöglich oder zu gefährlich ist. An die Schilderung dieser Versuche, unter denen die über Anastomosenbildung am Darm, ferner über die Bildung peritonealer Adhäsionen den deutschen Chirurgen schon bekannt sind, knüpft Verf. 35 Thesen aus der Darmchirurgie, die er den Chirurgen zur weiteren Discussion übergibt. Dieses Standard work darf in der Bibliothek keines Fachchirurgen fehlen. *—m.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

390. ***Die Anamnese der Spätsyphilide.*** *Von Dr.* ***Lassar.*** *Vortrag, gehalten in der Berlin. med. Gesellsch. Sitzung am 9. März 1892. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892.)*

Vortragender geht bei seinen durch Krankenvorstellungen und Demonstration zahlreicher Photographien und Wachsnachbildungen veranschaulichten Mittheilungen von allgemeinen Erörterungen über die Auffassung der Syphilis als eines örtlichen oder eines allgemeinen Krankheitsprocesses aus. Die Frage, ob der syphilitische Primäraffect ein örtlicher Herd oder der Ausdruck einer Allgemeinerkrankung sei, wird, obgleich sie für müssig erachtet werden könnte, noch heute in verschiedenem Sinne beantwortet und hat doch für die Behandlung der Frühstadien eine entscheidende Bedeutung. Andererseits pflegt man von den Spätsyphiliden meist anzunehmen, dass sie den Ausdruck einer Allgemein-

erkrankung bilden und als besonders schwer angesehen werden müssen — nicht immer mit Recht, wie ein Fall zeigt, in dem die Patientin ein colossales Syphilid des vorderen Theiles des Thorax 12 bis 15 Jahre lang trug, ohne in ihrer Berufserfüllung oder in ihrem Kräftezustand im Geringsten geschädigt zu sein. Als dieselbe dann in die Behandlung trat, war es nicht möglich, den geringsten Anhalt für die Anamnese zu gewinnen, und erst die eingeleitete antisyphilitische Behandlung, die in wenigen Wochen zur vollständigen Heilung führte, brachte die Entscheidung. Man wird also wohl dahin gelangen, die Syphilide der späteren Periode nur dann für besonders schwere anzusehen, wenn sie sich in den nervösen Centralorganen oder in anderen functionell besonders wichtigen Organen niederlassen, d. h. wenn sie durch ihre Localisation den Gesammtorganismus gefährden. Andererseits treten dieselben, vielleicht häufiger als man gemeinhin annimmt, in einer örtlichen Begrenzung auf, die eine verhältnissmässig günstige Prognose stellen lassen. Hierher rechnet Vortragender den syphilitischen Lupus, dessen Krankheitsbild dem Arzt nicht allgemein bekannt zu sein scheint, wie Vortragender aus einem in der Deutsch. med. Wochenschr. mitgetheilten Fall von Lupusheilung durch Tuberculininjectionen und gleichzeitige innerliche Verabreichung von Hydrargyrum bichloratum corrosivum von *Schaffranek* schliesst, in welchem der Autor die Patientin durch die combinirte Anwendung von Sublimat und Tuberculin von einem Lupus befreit haben will. Es hat sich hier nach der Ansicht des Vortragenden jedenfalls um einen Fall von Lupus syphiliticus gehandelt, der durch die Sublimatbehandlung geheilt und fälschlich für einen tuberculösen Process gehalten wurde. Es wird immer schwer sein, solche Fälle auf ihre richtige Natur zurückzuführen, wenn jede Anamnese fehlt. Ein weiteres Beispiel hierfür liefert ein Fall, dessen Configuration sich so darstellte, dass derselbe von hervorragender chirurgischer Seite mehrfach an Lupus operirt wurde. Die Lupusoperation hatte zu einem Ergebniss nicht geführt; unmittelbar darnach waren neue Wucherungen aufgetreten. Man konnte an der Diagnose Lupus einigermassen zweifelhaft werden durch das vollständige Fehlen von Knötchen. Patient gab nur zu, vor einigen 30 Jahren von einer Gonorrhoe befallen gewesen zu sein. Er hatte eine zahlreiche und gesunde Nachkommenschaft. Trotzdem also so gut wie gar keine Anhaltspunkte in der Anamnese gegeben waren, musste die Bogenform des serpiginösen Syphilids zu einer specifischen Cur auffordern, die nach 6 Wochen vollkommene Heilung, bis auf die Narbenzüge, die durch die Operation gesetzt waren, herbeiführte. Eine locale Behandlung dieser tuberösen Syphilide durch graues Pflaster bevorzugt der Vortragende nicht, da seiner Erfahrung nach dabei die Narben langsamer ausheilen und vertieft werden.

Ein weiterer Fall, dessen Photographie vorliegt, wurde von hervorragender ärztlicher Seite auf Akne behandelt und dem Vortragenden, als diese Behandlung ohne Erfolg blieb, seitens eines Breslauer Collegen zugeführt. Auch dieser Patient war Vater einer zahlreichen Familie und wusste nichts von vorausgegangener Infection. Trotzdem führte die Configuration, die sich Vortragender dadurch zugänglicher machte, dass er sich die Oberfläche der Nase auf eine ebene Fläche projicirt dachte, auf die richtige Diagnose. Es wurde Jodkalium verordnet, und Patient reiste ab. Längere Zeit darauf erhielt Vortragender die Gewissheit von der erfolgten Heilung und damit von der Richtigkeit der Diagnose dadurch, dass eine Patientin aus der Umgebung jenes Kranken sich vorstellte und

ebenfalls „durch Medicin" von einer Krankheit geheilt sein wollte, gegen welche ihr eine Operation vorgeschlagen worden war. Diesmal aber handelte es sich um Epithelialcancroid. Häufig wird die Diagnose durch die Beobachtung erleichtert, dass die Verheerungen, welche im Laufe einer langen Periode gesetzt werden, verhältnissmässig begrenzter Natur sind. Dadurch unterscheiden sich die Spätsyphilide namentlich von den Eczembildungen. Für ein Eczem imponirt auf den ersten Blick ein Fall, dessen Maske demonstrirt wird, der aber trotz Salbenbehandlung und Reizung des vermeintlichen Eczems nur sehr langsam um sich gegriffen hatte. Die dicken bedeckenden Borken würden die charakteristischen Gebilde überhaupt nicht erkennen lassen, wenn nicht an der Grenze Narben aufgetreten wären, welche den Weg zeigten, den das Syphilid genommen hatte. Die specifische Behandlung führte auch hier rasche Heilung herbei. Ein vorgestellter Patient, der ebenfalls erfolglos an Akne behandelt worden, wurde der Syphilis verdächtig durch die Erfolglosigkeit der Therapie; ferner sprachen für Lues die dicken, schmutzigen Borken, die kleinen blasenartigen, aber doch soliden Erhabenheiten, die besonders dadurch charakteristisch waren, dass sie sich in einer Art von Ring ausgebildet hatten. Patient gab zu, dass er vor 32 Jahren ein Geschwür gehabt habe, welches unter einer Hunger- und Schwitzcur geheilt sei. Seitdem waren keinerlei Erscheinungen aufgetreten, und Patient war Vater einer gesunden Familie. Durch eine antisyphilitische Allgemeinbehandlung ist das Leiden bis auf geringe Spuren beseitigt. Wie hier, begegnet man häufig der Angabe, dass nur ein Ulcus molle, kein indurirter Primäreffect bestanden habe. Das führt auf die Erwägung, dass man sich nicht einzig von dem Vorhandensein eines solchen leiten lassen darf. Das Gift kann in den Körper übergehen, manchmal sogar ohne überhaupt ein Ulcus nennenswerther Art zu machen.

Der folgende Fall betrifft einen Patienten, der von rhinologischer Seite lange local behandelt wurde. Auffallend war, dass der vermeintliche rhinitische Herd auf Stellen übergriff, die durch herabfliessendes Secret nicht getroffen werden konnten. Als auf Grund eines längst vergessenen syphilitischen Leidens eine specifische Cur unternommen wurde, gingen die Erscheinungen sofort zurück. Während, wie aus einigen der mitgetheilten Fälle hervorgeht, die Erwägung, dass der Patient Vater gesunder Kinder ist, häufig irreführen kann, ist es über jeden Zweifel erhaben, dass diejenigen Ehen, in denen eine grössere Zahl von Aborten vorkommt, den Verdacht auf Syphilis der Ehegatten rechtfertigen. So wurde auf Grund von fünf Todtgeburten während fünfzehnjähriger Ehe bei der nunmehr vorgestellten Patientin die syphilitische Natur einer Psoriasis palmarum gemuthmasst. Man hätte noch im Zweifel sein können, wenn die Patientin nicht gleichzeitig ein bogenförmiges, serpiginöses Syphilid an der Haargrenze hätte. Dieselbe Anordnung hat bei einer anderen Patientin auf die Diagnose geführt, die überhaupt gar keine Vorstellung mehr hat, wie der Process entstanden sein mag und denselben auf irgend einen neuerlichen schädlichen Einfluss beim Waschen oder Putzen zurückführt. Ferner ist darauf hinzuweisen, wie häufig syphilitische Fussgeschwüre sind. Bei der Hartnäckigkeit der Fussgeschwüre überhaupt fällt es nicht auf, wenn dieselben der Heilung widerstehen. Mehrere Beispiele der Art wurden vorgeführt, unter Anderem ein Patient, der vor fünfzehn Jahren Syphilis durchgemacht hat, ferner Wachspräparate, bei denen die ursprüngliche Papelform vollständig verwischt ist und erst die

rundliche Anordnung der Geschwüre auf den richtigen Weg leitete. — Was die Recidivfähigkeit der Spätsyphilide anlangt, so heilen dieselben im Allgemeinen unter einer specifischen Behandlung rasch ab, und der Process mag damit erloschen sein. Ab und zu bekommt man jedoch auch Recidive zu sehen, wie bei einem Patienten, der im Jahre 1888 wegen eines tuberösen Spätsyphilids in die Behandlung des Vortragenden kam, und dessen Narben noch zu erkennen sind. Die Syphilis war 20 Jahre alt. Er machte eine Cur durch und war vollkommen gesund. Vorigen Sommer, also nach drei Jahren, wurde er von einer Ptosis befallen; er suchte eine Augenklinik auf und würde dort bedeutet, sich einer specifischen Cur zu unterziehen. Unter derselben, derentwegen er sich dem Vortragenden wieder vorgestellt hatte, ging das Augenleiden ohne weiteres zurück, und er ist jetzt anscheinend vollständig hergestellt. Häufig macht die Eingangspforte des syphilitischen Giftes Schwierigkeiten, wie z. B. in dem Falle eines Postbeamten, dessen Maske demonstrirt wird. Derselbe, der eine kleine Affection aus früherer Zeit zugab, war von einem allgemeinen, sehr schweren, frischen, syphilitischen Leiden befallen. Es stellte sich schliesslich heraus, dass er diesmal den Affect beim Rasiren bekommen hatte. Es fand sich ein ungefähr markstückgrosses Ulcus an der Wange. Eine specifische Cur befreite ihn rasch von dem Leiden. Ueber die Häufigkeit der Spätsyphilide sind schwer allgemein giltige Angaben zu machen. Unter dem Beobachtungsmaterial des Vortragenden machten sie ungefähr 4 pro Mille der Fälle aus. Frauen scheinen häufiger befallen zu sein als Männer.

Kleine Mittheilungen.

391. ***Ein Fall von angeborener Tuberculose beim Menschen.*** *Von* ***R. Sabourand.*** *(Méd. moderne. 1891. 44. — Centralbl. f. Chir. 1892. 10.)*

Verf. vermehrt die seltenen Fälle congenitaler Tuberculose des Menschen um einen einwandsfreien Fall, obgleich die Section in Folge äusserer Verhältnisse keine vollständige sein konnte. Dies erste Kind einer Phthisikerin starb am 11. Tage unter Diarrhoe und Lungenerscheinungen. In der Milz und der Leber fanden sich grosse käsige Herde und Knötchen, die mit blossen Augen, durch das Mikroskop und den Nachweis von Tuberkelbacillen nach verschiedenen Methoden als tuberculös anerkannt wurden. Eine Infection von aussen bleibt bei der kurzen Lebensdauer des Kindes, 11 Tage, und der weit fortgeschrittenen Verkäsung ausgeschlossen. Da an der Placenta nichts Auffälliges sich fand, wird mit aller Wahrscheinlichkeit eine Uebertragung der Bacillen durch das mütterliche Blut angenommen.

392. ***Chininkrätze.*** Ein Bericht hessischer Fabriksinspectoren lenkt die Aufmerksamkeit auf eine wenig bekannte Erkrankung, die Chininkrätze der Arbeiter in Chininfabriken. Es entstehen bei derselben pockenartige Anschwellungen auf der Haut, im Gesichte und auch am übrigen Körper. Besonders werden diejenigen Leute von der Chininkrätze befallen, die bei Krystallisations-, Reinigungs- und Extractionsarbeiten beschäftigt sind. Als wirksames Gegenmittel erwies sich Theerschwefelseife. (Pharm. Post. 1891. 48. – Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 4.)

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Esmarch, Dr. Fr. v., Professor der Chirurgie in Kiel, und *Kowalzig, Dr. E.,* vormals erster Assistent der chirurgischen Klinik, Chirurgische Technik. Ergänzungsband zum Handbuch der kriegschirurgischen Technik, enthaltend die übrigen Operationen. Mit 520 Holzschnitten. Kiel und Leipzig, Verlag von Lipsius und Fischer, 1892.

Lingenfelder, Dr. Julius, 70 Arthrectomien des Kniegelenks, zusammengestellt von —. Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu München. München, 1892, Verlag von J. F. Lehmann.

Möbius, P. J., Ueber infantilen Kernschwund. (Münchener medicinische Abhandlungen. VI. Reihe, 4. Heft.) München 1892, Verlag von J. F. Lehmann.

Rotter, Dr. Emil, k. Stabs- und praktischer Arzt, Die typischen Operationen und ihre Uebung an der Leiche. Compendium der chirurgischen Operationslehre unter besonderer Berücksichtigung d. topographischen Anatomie, sowie der Bedürfnisse des praktischen und Feldarztes. III. Auflage. Mit 110 Abbildungen. München 1892, Verlag von J. F. Lehmann.

Rüdinger, Dr. N., o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in München, Cursus der topographischen Anatomie. Mit 51 zum Theil in Farben ausgeführten Abbildungen. II. unveränderte Auflage. München 1892, Verlag von J. F. Lehmann.

Seidl, Dr. Adolf, Beitrag zur Statistik und Casuistik der Gehirntuberkel bei Kindern. (Arbeiten aus der königl. Universitäts-Kinderklinik, herausgegeben von Prof. H. v. Ranke.) München 1891, Verlag von J. F. Lehmann.

Volkmann, Richard v., Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge. Herausgegeben von E. v. Bergmann, Wilhelm Erb und Franz v. Winckel, Leipzig 1892, Verlag von Breitkopf und Härtel.

Nr. 40. Körte W.: Ueber die Chirurgie der Gallenwege und der Leber.

Nr. 41. Bernhardt Martin: Ueber Franklin'sche oder Spannungsströme vom elektrodiagnostischen Standpunkte.

Nr. 42. Küstner Otto: Ueber Episioplastik.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg** in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: **Eugen Schwarzenberg.**
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Erledigungen, ärztliche Stellen etc.

Für den Seebadeort Velden am Wörthersee in Kärnten ist die Badearztesstelle zu vergeben.

Anfragen an das Bürgermeisteramt. 112

WIENER MEDIZINISCHE PRESSE

XXXIII. Jahrg. 1892. Wochenschrift für praktische Aerzte. XXXIII. Jahrg. 1892.

Inhalt der Nummern 7—11 vom Jahre 1892:

Einzelpreis jedes Heftes: 45 kr. = 75 Pf.

Abonnements-Preise: „Wiener Medizinische Presse" und „Wiener Klinik": Inland: Jährlich 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährlich 20 Mark, halbj. 10 Mark, viertelj 5 Mark. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährlich 24 M, halbj. 12 M. „Wiener Klinik" separat: Inland jährl. 4 fl., Ausland 8 M. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern u. Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4,**



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

393. ***Die Behandlung der Tuberculose mit Tuberculocidin.*** *Vorläufige Mittheilung von Prof. Dr.* **E. Klebs**, *Zürich. Verlag von Leopold Voss, Hamburg und Leipzig 1892.*

Bei der Empfehlung der betreffenden Broschüre führt der Verleger als Kernpunkt derselben, und zwar mit vollem Rechte, vorausgesetzt, dass die Thatsachen sich als unwiderleglich ergeben sollten, folgende Worte des Verf. aus den Schlussworten der Arbeit an: „Der Thierversuch lehrt uns in unbestreitbarer Weise, dass eine absolute Heilung der Tuberculose auf dem angezeigten Wege, und zwar ohne erhebliche Gefahren für den erkrankten Körper, zu erreichen ist. Sollte dieses Resultat nicht auch am Menschen zu erreichen sein?“ Nun, wir haben vor kaum einem Jahre kennen gelernt, wie sehr die Hoffnungen, welche auf die *Koch*'schen Tuberculin-Injectionen gesetzt wurden, getäuscht wurden und trotzdem konnte dem ruhigen Beobachter nicht entgehen, dass *Koch* wahrscheinlich den rechten Weg eingeschlagen. Sein Mittel aber konnte in der vorliegenden Form nicht das rechte sein und es lag nahe, sich zu sagen, dass ein verbessertes Mittel, welchem die Gefahren des *Koch*'schen nicht anhafteten, dessen unleugbar günstige Wirkungen nicht ganz zu negiren sind, zum Ziele führen konnte. Verf. glaubt nun ein solches gefunden zu haben. Es kann verschieden dargestellt werden; jedenfalls werden durch Platinchlorid und die sogenannten Alkaloidreagentien aus dem Rohtuberculin die schädlichen Stoffe ausgefällt und die in Lösung verbleibende ausfällbare und rein darstellbare Albumose enthält die heilende Substanz, welche jetzt in grösserem Maassstabe in Höchst am Main von *Meister, Lucius & Brüning* dargestellt und von Verf. an tuberculös gemachten Thieren geprüft wird. Dosen, welche bei Menschen von 50 Kgrm. Gewicht 10 Grm. (!) entsprechen würden, erzeugen bei tuberculösen Meerschweinchen höchstens $^1/_2$ Grad Temperatursteigerung und demnach erzeugt 0·5—1·0 Ccm. bei tuberculösen Menschen nach Verf. keine merkbare Temperaturerhöhung, ebenso sollen die Wirkungen auf das Herz fehlen, was Alles dem *Koch*'schen Mittel eigen war. Auch die *Koch*'schen Localreactionen fehlen, weil die rothen Blutkörperchen nicht klebrig werden, also Blutstagnation und Hämorrhagien nicht eintreten. Indifferent ist jedoch Verf.'s Tuberculocidin nach seinem eigenen Ausspruch auch nicht, denn sehr grosse Dosen bis 2 Ccm. am Tage bringen bei Kranken Müdigkeit und Abmagerung hervor, die sich freilich später verlieren sollen. Das Heilende in Verf.'s Substanz scheint ein Secret der Tuberkelbacillen zu sein; die bisweilen auftretenden, schon nach einer Stunde abfallenden Fieber scheinen der Wirkung nach dem

Umwandlungsproduct des Mykoproteins anzugehören. Möglich, dass durch Tuberculocidin die Tuberkelbacillen rasch zerfallen und deren fiebererregende Stoffe, die in den Organismus gejagt werden, Fieber machen, doch geht das rasch vorüber; im Gegentheil soll das hectische Fieber zur Norm gelangen. In diesen Fällen lässt Verf. Pausen machen oder kleinere Dosen geben. — Bei Thieren fand Verf. eine vollständige Reduction der bereits hochentwickelten Tuberkel unter der Einwirkung seines Mittels (Tuberculocidin), die Tuberkelbacillen sind gänzlich geschwunden, die Milz wird normal, die Dosis 2 : 1000 des Körpergewichtes konnte im Laufe von 3—4 Tagen den Thieren ohne Schaden gegeben werden! Die minimale Dosis bestand in 1 Cgrm. auf 500 Körpergewicht in 25 täglichen Injectionen. Beim Menschen ist die Dosis demnach 1—1·2 Ccm. pro 50—60 Kgrm. Gewicht, wodurch das hectische Fieber ausnahmslos beseitigt werden soll, 25—60 Injectionen sind erforderlich. Verf. stehen 42 genau beobachtete Fälle aus fremder, 33 aus eigener Praxis zu Gebote, davon sollen 8 und 6 = 18·6% geheilt sein. Hauptsächlich wurde Lungentuberculose behandelt; bei Hirnerkrankungen trat eine Verschlimmerung, bisweilen aber Besserung ein, ein Beweis, wie viel geringer die Gefahren des Tuberculocidins als des Rohtuberculins sein sollen, überhaupt fehlt nach Verf. jede Andeutung, dass eine miliare Verbreitung des tuberculösen Processes dadurch stattfinden könne. Es fehlen darum auch Nierenerscheinungen. — Besonders hebt Verf. hervor, dass die Behandlung, falls es sich nicht um Fiebernde handelt, durchaus ambulatorisch stattfinden kann. Bei Cavernen vermögen nur solche Dosen, wenn noch möglich, den Process zu beeinflussen. Sind tuberculöse Affectionen an Haut, Knochen und Gelenken vorhanden, so sind nach Verf.'s casuistischen Belegen sehr gute Resultate zu gewinnen. Ueber die Anwendungsweise des Tuberculocidin Folgendes: Verf. empfiehlt die *Overlach*'sche Spritze, welche vor dem Gebrauch mit Alkohol abs., dann mit 1% Carbolsäure, nach jedem Gebrauch in umgekehrter Reihenfolge auszuspritzen ist. Das Rosten der Nadel wird durch Bestreichen mit Vaselin gehindert. Es soll mit 2 oder 5 Mgrm. begonnen werden, je nach der Reizbarkeit. Tritt dabei keine höhere Temperatur als 38 ein, so wird gestiegen, Fieber ist dabei kein Hinderniss. Man kann sofort auf 2, 4, 6, 8 Cgrm. steigen, jede dieser Dosen mehr oder weniger lang festhalten. — Die eigentliche heilende Dosis beträgt für die Menschen 1·0—1·5 Dgrm. und sollen nur 5 Ccm. verbraucht werden in einer Serie. Die Pause beträgt einen Monat. Soweit die Angaben Verf.'s — Ob sich das Alles bestätigt, wird die Zeit lehren. *Hausmann,* Meran.

394. ***Beitrag zur Statistik und Casuistik der Gehirntuberkel bei Kindern.*** *Von* ***Ad. Seydl.*** *(München. med. Abhandl. Heft 19.)*

Der Diagnose von Gehirntumoren bei Kindern stellen sich weitaus grössere Schwierigkeiten entgegen als bei Erwachsenen. Dieselben steigern sich umsomehr, je jünger die betreffenden Kinder sind. Besonders in den ersten Lebensjahren verursachen solche Geschwülste zuweilen so geringe Symptome, dass sie unserer Beobachtung ganz entgehen und erst bei der Obduction zufällig entdeckt werden können. Sicherlich gehört auch die Mehrzahl der soge-

nannten „latent gebliebenen“ Fälle diesem frühesten Lebensalter an. Was nun speciell die Gehirntuberkel bei Kindern anlangt, so ergibt die Epikrise von zwölf Fällen, deren Verlauf Verf. in der vorliegenden Arbeit ausführlich schildert, sowie die Verwerthung fremder Erfahrungen, dass eine sichere Localdiagnose der solitären Gehirntuberkel in den meisten Fällen, der multiplen aber sogar nahezu in allen Fällen unmöglich ist. Dies ist auch einer der Hauptgründe, warum der Chirurg, der doch heute vor einer Eröffnung der Schädelhöhle nicht zurückschreckt, dennoch den Gehirntuberkel im Allgemeinen von jedem operativen Eingriffe ausschliessen will.

v. Buschman.

395. ***Ueber paroxysmales angioneurotisches Lungenödem.*** *Von* **H. Müller.** *(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1891. 15. Juli. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 14.)*

Verf. berichtet über einen sehr interessanten Fall von exquisiter Stenose der Mitralklappe bei einem jungen Mädchen, bei welchem sich innerhalb 4 Jahren 115 mehr oder minder schwere Anfälle von Lungenödem wiederholten. Zumeist traten die Anfälle ganz unverhofft, plötzlich auf der Strasse auf, und zwar zeigte sich in der Mehrzahl der Anfälle beim Beginn ein mehr oder weniger starker allgemeiner Schweissausbruch. 49 Attaken fielen in die Zeit der Periode. Durch genaue Beobachtung wurde sicher erwiesen, dass während der Anfälle eine irgendwie nennenswerthe Abnahme der Herzkraft nicht vorhanden war; hingegen deuteten die näheren Umstände darauf hin, für das Oedem eine rein idiopathische Entstehung anzunehmen. Unterstützt wird diese Annahme dadurch, dass sich bei der Patientin wiederholt auf der linken Gesichtsseite vor den Anfällen von Lungenödem ein Hautödem entwickelte.

396. ***Zur Therapie der Influenzapneumonien.*** *Von* **Huchard.** *(Bull. méd. 1892. 13. — München. med. Wochenschr. 1892. 14.)*

Verf. vertritt den Standpunkt, dass man von der echten fibrinösen Pneumonie die specifischen Influenzapneumonien streng zu unterscheiden habe, bei welchen sich niemals der Pneumococcus, sondern meist nur der Streptococcus oder auch der Staphylococcus pyogenes aureus finde, welche ihren eigenen Charakter, ihren eigenen Verlauf — in wenigen Tagen tödtlich endend (galoppirende Pneumonien) oder sich wochenlang in immer erneuerten Nachschüben dahinziehend — und ihren speciellen Auswurf haben. Wie bei der genuinen fibrinösen Pneumonie, so liegt auch bei diesen Lungenaffectionen die Krankheit in der Lunge, die Gefahr jedoch am Herzen, bei der Influenza weiters noch am Nervensystem. Von diesem Gesichtspunkte leitet Verf. die therapeutischen Indicationen ab. Er hält Nichts von den üblichen Expectorantien, Vesicantien, Aderlässen u. s. w., sondern vom ersten oder zweiten Tage der Krankheit an, wenn noch kein Zeichen einer Herzschwäche vorhanden ist, verabreicht er Digitalis. Von allen Präparaten derselben gibt er dem krystallinischen Digitalin den Vorzug; da es von den Kranken am leichtesten vertragen werde, leicht zu dosiren und seine Wirkung eine unveränderliche und sichere sei; von einer 1 : 1000 Lösung seien tagsüber 30—40—50 Tropfen zu nehmen. Hält man daneben strenge Milchdiät ein, welche die Diurese erleichtert und der Wirkung der Digitalis gleichsam die

Wege bahnt, so führt diese etwas hoch erscheinende Dosis niemals zu irgend welchen Zufällen. Am folgenden und auch am zweitfolgenden Tage nach der Darreichung des Digitalin wird kein weiteres Medicament gegeben, es müsste denn grosse Kraftlosigkeit und Nervenschwäche Aether- oder Campherinjectionen nothwendig machen. Ergibt sich im Verlaufe der Krankheit von Neuem die Indication zu Digitalis, so wird sie abermals, aber in geringerer Dosis verordnet (20—30 Tropfen). Auch der Insufficienz der Leber, welche eine oft unerkannte Rolle bei den fieberhaften Krankheiten spielt, d. h. ihrer allmälig eintretenden Unfähigheit, die Toxine aufzufangen und zu neutralisiren, wird durch diese Medication entgegengearbeitet, indem die Thätigkeit der Nieren eine gesteigerte wird, um die im Blute enthaltenen Giftstoffe zu eliminiren. Die Milchdiät dient ferner auch dazu, alle Quellen der Intoxication und besonders jene des Verdauungscanales zu verstopfen, weil sie arm an Kalisalzen ist, die so gefährlich für den Körperhaushalt. Aus diesem Grunde muss man auch aus der Nahrung alle kalireichen Bestandtheile, wie Fleisch und Bouillon, ausscheiden und strenge Darmantisepsis üben, wozu ausser Bismuthum salicylicum, Naphthol und Salol, besonders Benzonaphthol (5—6 Pillen täglich à 5 Mgrm.) zu empfehlen ist; ebenso muss die Antisepsis der Mundhöhle gehörig in Anwendung kommen, eventuell Touchiren der tiefer liegenden Theile mit Sublimatlösung. Es ist das das beste Prophylacticum gegen die Secundärinfectionen, welche stets drohen bei der Influenza, einer Krankheit, welche die Eigenschaften der pathogenen Mikroorganismen so ausserordentlich steigert. Bei sehr hohem Fieber gebe man Chinin — in Form des Chininum bromatum, welches mehr wirksame Substanz einschliesst und mehr sedative Wirkung zu haben scheint wie das Sulfat — in der Dosis von 1—1½ Grm. Morgens 3mal in halbstündigen Pausen, höchstens 3—4 Tage lang. Erweisen sich bei hochgradigen Schwächezuständen Campher, Aether oder Coffein ungenügend, so nehme man zu Strychninum sulphuricum seine Zuflucht, in der Dosis von 2—3 Grm. täglich per os oder subcutan (Strychninum 0·01, Aq. dest. 10·0, täglich 2—4 halbe Spritzen zu injiciren). Auch Toxica können nebenbei verabreicht werden. Ohne dabei die therapeutischen Mittel erschöpft zu haben, welche gegen diese Influenzacomplication in Anwendung zu kommen haben, will Verf. darauf den Hauptnachdruck gelegt wissen, dass es keine antipneumonische Behandlung gibt, sondern dass man sich mit einer „compensatorischen Therapie“ begnügen muss: bei Erkrankung der Lunge auf das compensatorische Organ, das Herz, bei Ergriffensein der Leber auf die Niere einzuwirken.

397. ***Ueber eine Methode, die Form des Herzens durch Percussion zu bestimmen.*** *Von* **G. Steel.** *(Med. chronicle. XII. 3. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 13.)*

Zur Beurtheilung einer bestehenden Herzaffection hält Verf. die percussorische Bestimmung folgender 3 Punkte für nothwendig und ausreichend: 1. Grösse des rechten Herzohrs; 2. Grösse des linken Ventrikels und 3. An- oder Abwesenheit eines pericardialen Exsudates. Verf. percutirt von aussen nach innen, bestimmt erst

die Lungenlebergrenze und von einem Punkt, der 1 Zoll oberhalb dieser liegt, percutirt er zum Sternum zu. Bei normal grossem Vorhof gibt der Schall rechts vom Sternum keine Differenz; ist er erweitert, so kommt schon durch die Lungenretraction eine wirkliche Dämpfung rechts vom Sternum zu Stande. Zur Bestimmung der Grösse des linken Ventrikels fängt er in der linken Axilla an und percutirt bis zur Stelle des Herzchocs, oder wenn dieser nicht sichtbar, in einer Linie, die etwas geringer als 1 Zoll über der Verlängerung der Grenzlinie zwischen Lunge und Leber liegt. Ausdehnung der Herzdämpfung nach aufwärts bis zur 2. Rippe entspricht gewöhnlich einem Pericardialexsudat; nur selten sind es Dilatationen beider Ventrikel, welche eine ähnliche Figur ergeben. Das einzige Neue, was diese Notiz enthält, ist eine ganz praktische Art der Bezeichnung der Herzgrösse, die Verf. im Gebrauch hat. Er schreibt die Rippe, bis zu der die Herzdämpfung oben reicht, mit römischen Zahlen, und darunter mit arabischen links die Entfernung des rechten Herzrandes (Aurikels) von der Mittellinie in Zollen, rechts diejenige der Herzspitze. Z. B. bedeutet $\frac{\text{III}}{3-7}$ ein Herz, das oben bis zur 3. Rippe, nach rechts 3 Zoll und nach links 7 Zoll über die Mittellinie reicht, woraus sofort zu ersehen ist, dass es sich um eine enorme Dilatation des linken Ventrikels handelt.

398. ***Ueber Lungenaffection nach intramusculärer Injection unlöslicher Quecksilberpräparate.*** *Von Prof.* **E. Oedmansson,** *Stockholm. (Nordiskt med. Arkiv. 1891. Bd. XXIII. 23.)*

Bekanntlich hat *Lesser* (1888) zuerst Fälle beschrieben, in denen nach Injection von Quecksilbertannat, Hydrargyrum oxydatum flavum und Salicylquecksilber sich eine Lungenaffection, durch Husten, Schmerzen im Rücken und Cyanose gekennzeichnet, eintrat. Später hat *Watraschewsky* analoge Erscheinungen nach gelbem Quecksilberoxyd in Vaselin und *Quincke* solche nach Calomelinjection mehrfach beobachtet. Verf., der schon 1889 mehrmals einige Stunden nach intramusculärer Injection unlöslicher Mercurialien Mattigkeit, Kopfschmerz und Schmerzen in der Brust beobachtet hat, die nur auf die Injection zurückführbar waren, hat seitdem 12 prägnante Fälle im Hospital St. Göran theils nach Anwendung von Calomel à vapeur, theils nach Acetothymolquecksilber gesehen. In diesen fühlten die Kranken mit Ausnahme eines einzigen, der sofort über Stechen in der Brust klagte, unmittelbar nach der Injection keine Beschwerden; erst nach 2—6 Stunden kam es zu einer gewissen Prostration mit Kopfweh, hierauf Frostschauer und im Anschlusse daran Fieber; manchmal mit Nausea und selbst Erbrechen, dann Stechen in der Brust und Athembeschwerden. Bei einzelnen traten Koliken und Diarrhoe dazu. Meist gegen Ende des zweiten Tages, mitunter früher oder später, konnten bei den meisten Kranken auf einer begrenzten Stelle einer der beiden Lungen mehr oder weniger reichliche, subcrepitirende Rasselgeräusche mit schwach dumpfem Percussionsschalle, bei einzelnen auch pleurales Reibungsgeräusch constatirt werden. In den mildesten Fällen nahmen die Symptome schon nach 24 Stunden an Intensität ab und das ganze Kranksein verschwand in 4—5 Tagen; bei Anderen dauerte es etwas länger

(7—8 Tage). Die höchste Temperatur war 40°, meist betrug sie 39—39·7°. Der Sitz der Bruststiche war am häufigsten in einer Partie des Sternums oder in der Nähe der Mamillae. In schweren Fällen war starke Oppression oder selbst Orthopnoe vorhanden. In vielen Fällen bestand keine nennenswerthe Expectoration, in einem Falle war ein pneumonisches Sputum unverkennbar. Das feinblasige Rasseln war meist an den unteren und hinteren Partien der Brust zu hören, das Athmen war stets vesiculär. Die objectiven Erscheinungen an den Lungen traten immer erst zu Tage, nachdem das Fieber sein Maximum erreicht hatte und überdauerten es einige Tage. Verf. vertritt, unseres Erachtens mit Recht, die Ansicht, dass es sich um Embolie handelt, wofür namentlich die Beschränkung des Processes, die Localisation in den unteren Partien der Lunge und des pneumonischen Sputum in dem einen Falle besonders spreche. Auch die Reibungsgeräusche als Ausdruck einer Pleuritis sicca, die sich oft bei Lungenembolie ausbildet, stützen diese Ansicht. Die Affection als Intoxication mit der Elimination des Quecksilbers zusammenzubringen, geht nicht wohl an, obschon ja allerdings auch bei interner Behandlung der Syphilis mit Sublimat Blutspeien vorkommt. Jedenfalls weist die Geringfügigkeit der Erscheinungen in den meisten Fällen darauf hin, dass nur geringe Mengen in das Blut gedrungen sein können, auch zeigt der rasche Verlauf, dass nur kleine Gefässzweige betroffen sein können. In allen Fällen, auch bei *Lesser* und *Quincke*, handelte es sich um intramusculäre Injection. Ob diese für das Zustandekommen von Lungenembolien mehr disponirt als die Subcutaninjection, ist eine Frage, die von den Syphilidologen zur Entscheidung zu bringen ist.

Th. Husemann.

399. ***Muskelzuckungen nach heftigem Schreck. Demonstration.*** *Von Prof.* **Kahler.** *Sitzung der k. k. Gesellsch. d. Aerzte zu Wien vom 4. December 1891.*

Ein 18jähriger junger Mann bekam nach einem heftigen Schreck Muskelzuckungen, die sich allmälig zu so excessiven entwickelten, wie sie wohl selten zu beobachten sind. Die Wirbelsäule des Patienten ist kypho-scoliotisch verkrümmt, der Thorax auffällig verkrümmt, dabei treten fortwährend clonische und zeitweilig auch tonische Contracturen auf, zumal im Nacken, wobei eine Verbreiterung der Halscontouren (sogenannter hysterischer Blähhals), eine Rückwärtsdrehung des Kopfes, ein ununterbrochenes Wogen des ganzen Körpers, fast aller Muskeln der Extremitäten etc. in die Erscheinung treten. Der Patient nimmt demgemäss auch die sonderbarsten Stellungen ein und erinnert oft an den sogenannten Schlangenmenschen, so verdreht und verkrümmt sind seine Körpertheile. Im Schlafe und in tiefer Narcose cessiren alle diese Krämpfe. Vortr. hält dafür, dass man es hier mit einer Motilitätsneurose zu thun habe, die man als eine Form des Tic convulsif auffassen könnte. Die psychischen Functionen des Pat. sind ungestört, es bestehen keine Schmerzen oder Parästhesien und andererseits treten hier deutliche Muskelcontracturen auf. Im Anschlusse hieran und zum besseren Verständnisse des Falles wird ein 44jähriger Mann vorgestellt, der — angeblich nach der Influenza — von unwillkürlichen Drehbewegungen des Kopfes befallen ist. Dieser ist ständig nach rechts

gedreht und dabei treten beim Gehen clonische Krämpfe im Sternocleidomastoideus auf; auch hier ist die Halswirbelsäule scoliotisch verkrümmt. Das ist gewiss eine bekannte Form des Tic convulsif und der erstere Fall ist nichts als eine excessiv gesteigerte Form. Der Vortr. glaubt hier eine relativ günstige Prognose stellen zu können, da in derlei Fällen einmal plötzlich die Krämpfe aufhören. Der Zustand ist heute schon ein besserer, als er zur Zeit war, da Pat. die Klinik aufsuchte, wo er absolut nicht transportabel war.

400. ***Ueber Beziehungen verschiedener Bacteriengifte zur Immunisirung und Heilung von Infectionskrankheiten.*** *Von Dr.* ***Klemperer.*** *Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin in Berlin am 15. Febr. 1892. (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 15.)*

Ausgehend von der Thatsache, dass die Wirkungen der Bacterien durch die von ihnen ausgeschiedenen, im Körper gelösten Gifte hervorgerufen werden, hat die neuere Forschung es als ihre Hauptaufgabe betrachtet, zunächst diese Gifte herzustellen, und zwar sind es drei Classen, an welche die Forscher sich angeschlossen haben. Zuerst sind gewisse basische Körper wohlcharakteristischer Art dargestellt worden, die sogenannten Ptomaine, welche freilich zur Krankheitserzeugung nicht in directe Beziehung gesetzt werden konnten. Ferner die Eiweisskörper, deren Erforschung sich hauptsächlich an die Diphtherie angeknüpft hat. Diese Toxalbumine erzeugen Fieber und gewähren in erwärmtem Zustande injicirt Schutz, d. h. sie machen immun gegen neue Erkrankung. *Kitasato* und *Behring* zeigten, dass das Serum der immunisirten Thiere eine schon ausgebrochene Krankheit noch heilen konnte. Die Toxalbumine als Eiweisskörper sind dadurch charakterisirt, dass sie ihre Giftwirkung bald über 37°, ihre immunisirende Wirkung dagegen erst bei Erwärmung über 60° einbüssen. Beim Sieden verlieren sie diese Wirkung in ganz kurzer Zeit. Eine zweite Classe von Bacterieneiweissgiften bilden die Proteine, welche durch Sieden nicht zerstört werden. Um die Erforschung der Proteine hat sich *Buchner* besonders verdient gemacht. Zu diesen Körpern gehört auch das Tuberculin, dem *Koch* bekanntlich eine immunisirende und eine heilende Eigenschaft zuschreibt. Es lag nun nahe, diese Eigenschaften auch für andere Bacterienproteine nachzuweisen und nutzbar zu machen. Verf. hat zusammen mit seinem Bruder nachgewiesen, dass die Pneumonie durch das Serum der erkrankten Thiere heilbar sei. Er hat neuerdings versucht, den Proteinkörpern der Pneumoniecoccen näher zu kommen, um zu erforschen, ob diese vielleicht eine heilende Wirkung hätten. Er hat eine 8—10 Tage alte Nährlösung stundenlang gekocht, sie wiederholt zum Sieden gebracht, bacterienfrei abfiltrirt und eine Eiweisslösung bekommen, welche Protein enthält. Verf. hat so das Pneumoprotein dargestellt und durch Injection wenig concentrirter Lösungen desselben bei Kaninchen hohes Fieber erzeugt. Allmälig tritt eine gewisse Gewöhnung ein, jedoch haben sich die Thiere, welche längere Zeit mit Pneumoprotein behandelt worden waren, nicht immun gegen Pneumonie gezeigt. Und auch eine Heilung erkrankter Thiere liess sich durch das Pneumoprotein nicht erzielen. Inzwischen hat *Buchner* directe Beziehungen der Proteine zum Tuberculin nachgewiesen. Man kann durch gewisse Dosen von

Tuberculin kranke Thiere tödten, während gesunde bei derselben Dosis am Leben bleiben. Ueberhaupt ist das gesunde Kaninchen ausserordentlich indifferent gegen das Tuberculin. Nach 0·1 Tuberculin fiebern manche Thiere ein paar Stunden, andere gar nicht. 1 Grm. reines Tuberculin ruft bei jedem Kaninchen Fieber hervor, aber es gelingt auch hier Gewöhnung zu erzielen, so dass die Thiere fieberfest werden. In der Angewöhnung an dieses Mittel kann man nun, wie Verf. feststellte, mit verschiedenen Proteinen abwechseln. So hat Verf. bei Thieren mit Iristuberculose, welche nach Tuberculin die charakteristische Reaction zeigten, mit dem Pyocyanprotein abgewechselt und genau dieselbe Reaction beobachtet. Dasselbe Mittel erzeugte bei vier tuberculösen Menschen die gleichen Erscheinungen wie das Tuberculin, vermehrte Dämpfung, Rasselgeräusche etc. Auch Proteineus prodigiosus hat genau dieselbe Reaction bewirkt, ebenso das Protein von Bacterium colli und die Milzbrandproteine. Verf. glaubt auf Grund dieser Beobachtungen sagen zu können, das die Specificität des Tuberculins insofern einzuschränken ist, als dieselbe Wirkung auch verschiedene andere Proteine zeigen. In Bezug auf die Heilung der Pneumonie etc. hat sich Verf. nunmehr wieder den Toxalbuminen zugewandt. Er hat schon früher gezeigt, dass Serum pneumonie-immunisirter Thiere die erkrankten Thiere heilt. Er hat jetzt grösseren Werth auf die quantitativen Verhältnisse gelegt, im Anschluss an die Arbeiten von *Ehrlich* über die Immunität gegen pflanzliche Eiweisse (Ricin), welche um so befestigter wird, je mehr man von dem ursprünglicheu Gift allmälig zuführt. Verf. hat seine Thiere dadurch immer höher immunisirt, dass er steigende Mengen von Pneumotoxinlösung, die durch Einengen bei 60° concentrirt war, Thieren injicirte. Mit dem Serum hochimmunisirter Thiere hat Verf. bei der menschlichen Pneumonie in 10 Fällen stets Temperaturherabsetzungen und eine wesentliche Milderung des Verlaufs, die er auf die Giftbindung zurückführt, erzielt. Schliesslich theilt Verf. mit, dass es ihm gelungen ist, die Pneumonie der Kaninchen, wenn sie durch vorheriges Erwärmen der Culturen zu einer 8tägigen Krankheit verlängert war, zu heilen durch nachträgliche Immunisirung, indem er mehrmals bei 60° concentrirte Pneumotoxinlösung intravenös injicirte. Verf glaubt, dass dieses Princip bei anderen chronischen Krankheiten erfolgreiche Anwendung finden wird.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

401. ***Ueber die Wirkung der Bittermittel auf die Magenbewegungen.*** *Von Dr.* ***Paul Terray,*** *Assistent d. I. med. Klinik zu Budapest. Aus dem pharmakol. Institut des Prof. A. Bókai in Budapest. (Ungar. Arch. f. Med. Bd. II. Heft 1.)*

Verf. hatte Hunden, die soeben durch Nackenstich getödtet worden waren, den Magen ausgeschnitten, unterbunden und in ein Bad getaucht, welches aus einer 0·75%igen Kochsalzlösung von 38° Celsius bestand. In der ersten Versuchsreihe wurden zunächst

an solchen Mägen, die von Medicamenten unbeeinflusst waren, die automatischen Bewegungen untersucht, und zwar sowohl im gefüllten, halbgefüllten, als auch im Hungerzustande. In einer zweiten Versuchsreihe wurden zwei Tage hungernde Thiere, nachdem zuvor mittelst einer Sonde verschiedene Bitterstoffe in den Magen gebracht worden waren, eine Viertelstunde hierauf getödtet und der ausgeschnittene Magen in der oben angegebenen Weise in die Kochsalzlösung gebracht. Bei dieser Einrichtung konnten nur jene Magenbewegungen zu Stande kommen, welche dem Einflusse der Bittermittel auf den Muskel- und Nervenapparat der Magenwandung ihre Entstehung verdankten, während bei lebenden Thieren noch andere Momente: wie der Einfluss der Nervencentra, die wechselnde Blutfülle, der Einfluss der Verdauung etc., in Betracht kommen, deren störende Wirkung bei obiger Versuchseinrichtung ausgeschlossen worden war. Die Bittermittel wurden in folgenden Dosen angewendet: Condurangin 0·1 Grm., Cetrarin 0·2 Grm., Absynthin 4·0 Grm., 0·05 Grm., 0·01 Grm., Columbin 0·1 Grm., Extr. Quassiae 0·3 Grm., Extr. Taraxaci 0·2 Grm., Extr. Gentianae 0·2 Grm., Chinin. bisulf. 0·1 Grm., Strychnin nitr. 0·006 Grm., Pikrotoxin 0·01 Grm. Die Resultate der im Original ausführlich beschriebenen Versuche fasst Verf. in Folgendem zusammen: 1. Der isolirte überlebende Magen zeigt unter gleichen Versuchsbedingungen ungefähr durch $^3/_4$ Stunden automatische Bewegungen; nach dieser Zeit gibt sich das beginnende Absterben durch stellenweise bemerkbare Einschnürungen kund; durch Reize können aber in diesem Stadium noch immer typische Contractionen ausgelöst werden. Mit dem fortschreitenden Absterben ($^5/_4$ Stunden nach Beginn des Versuches) hört zuerst die Wirksamkeit der mechanischen Reize auf, dann die des kalten Wassers von 18° C., hierauf die des elektrischen Stromes, und endlich bleibt auch das heisse Wasser von 45—50° wirkungslos 2. Unter den angewandten Bittermitteln, welche auf die peripheren automatischen Centren des Magens reizend wirkten und so dessen automatische Bewegungen stärker, häufiger und anhaltender machten, steht das Extr. Gentianae obenan, dann folgen Cetrarin und Condurangin, hierauf Extr. Taraxaci, Chinin. bisulfur. und schliesslich Extr. Quassiae. 3. Die Reizbarkeit des Magens physikalischen Agentien gegenüber wurde gesteigert durch Extr. Gentianae, Extr. Taraxaci, Extr. Quassiae, Strychnin und Columbin. 4. Durch kleine Gaben Absynthin werden die automatischen Bewegungen des Magens und seine Reizbarkeit verringert, durch grosse Gaben gänzlich aufgehoben. 5. Die Reizbarkeit des Magens steigerten bis zur allgemeinen andauernden Contraction: Columbin und Strychnin. 6. Pikrotoxin zeigt keinen wesentlichen Einfluss auf die automatischen Bewegungen des Magens. 7. Cetrarin besitzt nebst einer Einwirkung auf die Steigerung der Magenbewegungen eine eben solche Wirkung auch auf die Darmbewegung.

Das Ergebniss der Versuche weist in therapeutischer Hinsicht darauf hin, dass die Amaricantia die Magenbewegungen lebhafter gestalten, weshalb dieselben bei atonischer Schwäche und mässigen Dilatationen des Magens mit Vortheil angewendet werden können. Durch Anregung der Magenbewegungen wird die Mischung der Ingesta miteinander und mit dem Magensafte, sowie ferner durch

Vervollkommnung des Blutaustausches die Magensaftabsonderung und die Aufsaugung der Nährstoffe gefördert; die stärkeren Contractionen des pylorischen Theiles dagegen fördern die Entleerung des Magens im Duodenum. Das Cetrarin kommt zufolge seiner Wirkung auf die Peristaltik des Darmes auch als mildes Abführmittel in Betracht.

402. ***Zwei Fälle von Cysticercus cellulosus behandelt mit Extract. aethereum filicis maris.*** *Von* **Dana.** *(Catania. 1891. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 7.)*

Bisher glaubte man, die Therapie sei gegen die in dem Organismus eingenisteten Cysticercen machtlos. Verf. theilt folgende gegentheilige Erfahrungen mit: 1. Ein 46 Jahre alter Bauer litt seit 3 Jahren an Convulsionen, welche bald vorwiegend, bald allein die linke Seite betrafen. Das Bewusstsein war während der Anfälle ungetrübt. Allmälig gesellte sich häufiger Schwindel, einfaches Erbrechen ohne Nausea, hartnäckiger Stirnkopfschmerz hinzu. Zuletzt versiegten die geistigen Fähigkeiten. In der ersten Krankheitsepoche waren kleine subcutane Knötchen unter der ganzen Hautoberfläche erschienen. Die anatomische Untersuchung eines ausgeschnittenen Knötchens ergab den Cysticercus cellulosus. Die gleichzeitige Stuhlganguntersuchung auf Tänieneier fiel negativ aus. Die Diagnose wurde auf Hirncysticercus gestellt. Verf. verordnete mehrere Tage hinter einander 1—3 Grm. Extractum filicis maris, im Ganzen 10 Grm. Alsbald trat eine bedeutende Volumabnahme der subcutanen und intramusculären Knötchen ein, von denen einzelne aus Olivengrösse zu kleinen Körnchen reducirt wurden. Der Schwund ging so rasch vor sich, dass ein spontaner Untergang der Blasen, deren Lebensdauer nach *Stich* 3—6 Jahre beträgt, unwahrscheinlich ist. — Die Gehirnerscheinungen mehrten sich aber. Der Kranke starb nach 1 Monat. Die Necropsie wurde nicht gestattet. 2. Ein 72 Jahre alter Gärtner weist 34 über den ganzen Körper verstreute Cysticercusknötchen auf, von denen ein Theil subcutan, ein Theil in den Muskeln eingesprengt lag. Sie waren vor 20 Monaten zuerst erschienen und allgemach zur Grösse einer mässigen Olive herangewachsen. Der Kranke erhielt Tag für Tag 0·4 Grm. Extr. filicis maris, im Ganzen 26·5 Grm. nach deren Verbrauch alle Knötchen verkleinert, einige bis zur Grösse eines Getreidekornes reducirt waren.

403. ***Die Methode der Wiederbelebung bei Herztod nach Chloroformeinathmung.*** *Von Dr.* **Maas,** *Assistenzarzt. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 12.— Med. Neuigkeit. 1892. 14.)*

In der Göttinger chirurgischen Klinik sind in diesen Fällen die einfachen Compressionen der Herzgegend nach *König* in Gebrauch, welche meistens zur Folge haben, dass „der Puls sich fast momentan hebt, die Pupillen enger werden und die Kranken nach wenigen Minuten wieder in normalem Zustand sind". Wurde der Kranke, wie es in einzelnen Fällen vorkam, nicht innerhalb einer halben Stunde zum Leben gebracht, so waren auch die weiteren Bemühungen vergeblich. Durch eine Modification der *König*'schen Methode gelang es, wie Verf. berichtet, in zwei Fällen schwerer Syncope, die nach den bisherigen Erfahrungen als verloren zu betrachten waren, noch eine günstige Wendung herbeizuführen,

so dass er in dieser Modification einen Fortschritt des Wiederbelebungsverfahrens erblickt. Ein 9jähriger Knabe hatte im Anfang der Chloroformnarcose die bekannten Erscheinungen der Syncope gezeigt: Weitwerden der Pupillen, Dunkelblaufärbung des Gesichtes, Aussetzen der Athmung und des Pulses. Trotz fortgesetzter Compression der Herzgegend, und zwar in der Häufigkeit der Respiration, trotz Tracheotomie, Aetherinjectionen, Versuchen mit der *Silvester*'schen Methode hörten nach einer halben Stunde Athmungsbewegungen und Herzthätigkeit ganz auf, so dass man den Knaben für todt halten musste. Da versuchte Verf. die Compression der Herzgegend in sehr schneller und kräftiger Bewegung mit dem Erfolge, dass sich die Pupillen wieder verengten und einige schnappende Athemzüge einstellten. Nachdem diese schnelleren Compressionen eine weitere halbe Stunde fortgesetzt waren, wurde eine gute Stunde seit Beginn der Syncope der Puls in der Carotis fühlbar, und der Knabe erholte sich wieder, wenn auch sehr langsam. Aehnlich verlief ein weiterer Fall von Syncope bei einem 13jährigen Knaben; die Anwendung von 30—40 Compressionen in der Minute hatte keinen Erfolg; mit dem Uebergang zu dem schnelleren Tempo von 120 und mehr in der Minute stellten sich schwache Circulations- und Athmungsbewegungen ein, welche nach mehr als einstündiger Bemühung auch dauernden Erfolg hatten. Der Eintritt der Syncope war in beiden Fällen unter gleichmässigen Verhältnissen erfolgt; die Kranken waren aus der ersten tiefen Narcose etwas zu sich gekommen und hatten nach einem plötzlichen Aufschreien und Sträuben 2—3mal rasch Chloroform aufgegossen erhalten. Verf. ist nach diesen Erfahrungen im Gegensatz zu den Resultaten der indischen Chloroformcommission von 1890 der Ansicht, dass der Schwerpunkt der Gefahr entschieden im Herzen zu suchen sei. Die Ausführung der modificirten *König*schen Methode wird folgendermassen beschrieben: „Man tritt auf die linke Seite des Kranken, das Gesicht dem Kopf desselben zugewandt, und drückt mit raschen kräftigen Bewegungen die Herzgegend tief ein, indem der Daumenballen der geöffneten rechten Hand zwischen die Stelle des Spitzenstosses und linken Sternalrand gesetzt wird. Die Häufigkeit der Compressionen beträgt 120 und mehr in der Minute.“ Man kann sich die Arbeit erleichtern, wenn man gleichzeitig mit der linken Hand die rechte Thoraxseite des Kranken umgreift und den Körper fixirt. „Die Wirksamkeit der Bemühungen ist kenntlich an dem künstlich erzeugten Carotidenpuls und der Pupillenverengerung. Um den Effect zu controliren und gleichzeitig für das Freibleiben der Athemwege zu sorgen, tritt Jemand an das Kopfende des Kranken.“ Nach Versuchen des Verf.'s ist der Brustkorb auch bei älteren Leuten in der Regel elastisch genug, um die Anwendung dieses Verfahrens zu gestatten.

404. ***Ueber Wirkung und Brauchbarkeit der Colombotinctur.*** *Von* **Hugo Schulz.** *(Therap. Monatsh. 1892. Februar. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 16.)*

Die Leistungsfähigkeit der Colombowurzel bei leichteren Formen von Darmcatarrh mit oder ohne gleichzeitiger Affection der Magenschleimhaut, die Empfehlung derselben gegen die Durchfälle der Phthisiker verdankt die Wurzel dem, in grösseren Dosen

breiige Stühle erzeugenden Alkaloid Berberin, vielleicht auch dem gleichzeitig vorhandenen Columbin, weniger wohl ihrem hohen Stärkegehalt. Wenn man von der Anwendung der Colombowurzel in Pulverform als unzweckmässig und der wohl kaum noch beliebten Verabreichung des nicht mehr officinellen Colomboextracts in Pulvern oder Pillen absehen will, so bleibt nur die Form des Decocts als für die Praxis in Betracht kommend übrig. Wie alle Decocte hat es die Nachtheile, dass man immer ein grösseres Quantum verordnen muss, meist mehr als der Patient verbraucht, ferner dass es im Sommer leicht in Gährung übergehen oder auch schimmeln kann und als besondere Eigenthümlichkeit noch den Fehler, trotz der üblichen Corrigentien sehr bitter zu schmecken. Verf. hat nun versucht, eine Tinctur aus der Wurzel darzustellen und diese Tinctur an Gesunden und Kranken prüfen lassen. Die Tinctur wurde dargestellt durch Extraction der staubfein gepulverten Wurzel mit reinem Alkohol im Verhältniss 1 : 10. Zunächst wurde sie an einer Anzahl Studirender, die sich für diese Versuche zur Verfügung gestellt hatten, durchgeprüft, um festzustellen, wie sich ihre Wirkungsart im Allgemeinen gestalten würde. Um den bitteren Geschmack der Tinctur möglichst abzuschwächen, wurde sie jedesmal mit einem Glase Wasser verdünnt auf einmal oder in Zwischenräumen genommen. Aus den Versuchen ergab sich, dass der andauernde Gebrauch der Colombotinctur für Gesunde auch bei grossen Dosen eine Schädigung des Allgemeinbefindens nicht herbeiführt. Das in zwei Fällen beobachtete Auftreten breiiger Stuhlentleerung ist als eine Besonderheit nicht anzusehen, da das in der Tinctur enthaltene Berberin bekanntlich die Wirkung besitzt, in grösseren Gaben diese Erscheinung auftreten zu lassen. Ferner wurde die Tinctur bei 14 Patienten geprüft. Im Verlaufe dieser Beobachtungsreihe ergab sich, dass sie dasselbe leistet, wie das Decoct. Bei der an und für sich nicht sehr ausgeprägten Intensität der Wirkung der Einzelbestandtheile der Colombowurzel würde es ein Irrthum sein, von ihr mehr zu verlangen, als sie in der That zu leisten im Stande ist. Dass sie aber im geeigneten Falle günstige therapeutische Erfolge hervorzurufen vermag, zeigen Krankengeschichten mit aller Deutlichkeit. Der Vortheil, den die Tinctur vor dem Decoct besitzt, ist der, dass dieselbe, einmal angefertigt, sich unbegrenzt lange hält, ferner, dass der ihr anhaftende bittere Geschmack sich durch Verdünnen mit Wasser stark herabsetzen lässt, ohne die Wirkung zu beeinträchtigen, und endlich, dass die Tinctur sich für den Gebrauch wesentlich billiger stellt, als das Decoct. Es wird das wesentlich in Betracht kommen da, wo Phthisiker längere Zeit mit Colombo behandelt werden sollen, aber auch in den anderen für ihre Anwendung geeigneten Fällen.

405. ***Codeinvergiftung mit glücklichem Ausgange.*** *Von Dr.* **C. Mettenheimer.** *(Memorabilien. 1892. 2. März. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 13.)*

Verf. nimmt Gelegenheit, den folgenden Fall von Codeinvergiftung seines praktischen Interesses wegen zu veröffentlichen: Eine ältere Dame aus den höheren Ständen bekam eine fieberlose, leichte catarrhalische Affection, deren unangenehmes Symptom ein krampfhafter, erschütternder Husten war. Zur Mässigung desselben

verschrieb Verf. Pillen aus Codeinum phosphoricum. Jede Pille enthielt 0·03 von diesem Mittel, und es sollte alle 3 Stunden eine Pille genommen werden. Aus einem Muthwillen, dessen die Patientin nachher sich sehr schämte, nahm diese gleich 4 Stück auf einmal. Nicht lange nachher stellte sich zweimal heftiges Erbrechen ein, zu welchem sich Leibschmerzen ohne Stuhlgang gesellten. Die Urinabsonderung wurde zurückgehalten, das allgemeine Befinden war ein sehr schlechtes; Patient gerieth in einen Zustand grosser Schläfrigkeit, ohne fest zu schlafen. So übel die Patientin sich befand, so scheute sie sich dennoch, Verf. zu consultiren. Am folgenden Tage dauerten Schläfrigkeit und Appetitlosigkeit fort, das Erbrechen hatte sich nicht wiederholt. Auf beiden Augen hatte sich Myosis eingestellt. Der Puls war noch 24 Stunden nach dem Einnehmen der Pillen hart und stark beschleunigt, wie auch die Respiration. Der Husten war wie weggeblasen und blieb auch zunächst weg. Die Myosis blieb noch mehrere Tage lang bestehen, ebenso die Appetitlosigkeit und die abnormen Empfindungen im Abdomen. Die Urinsecretion hatte sich nach 36 Stunden wieder eingefunden, Schläfrigkeit und Uebelbefinden waren am dritten Tage überwunden. Diese glücklich abgelaufene Vergiftung liefert in sehr drastischer Art den Beweis für die grosse Wirksamkeit des Codeins gegen Husten und zeigt, dass unnöthig starke Gaben Wirkungen haben, die denen des Opiums und Morphiums sehr ähnlich sind. Das Erbrechen beruhte wesentlich auf Gehirnreiz, wie schon daraus hervorging, dass die Zunge dabei und während der Periode der Appetitlosigkeit vollkommen rein geblieben war. Was die Behandlung anlangt, so wurden von Verf. Medicamente nicht in Anwendung gezogen, da eine dringende Indication nicht vorlag. — Der Husten war übrigens durch die starke Gabe Codein nicht, wie Verf. zuerst annehmen zu müssen glaubte, geheilt, sondern nur unterdrückt und verschwand nach leichtem Recidiv acht Tage später spontan.

406. ***Elektrostatische Behandlung des Stupors.*** *Von Prof.* ***M. Benedikt.*** *Demonstration im Wiener med. Doctoren-Collegium. (Mitth. d. Wien. med. Doctoren-Collegiums. 1892. 7.)*

Verf. stellt einen bereits seit 8 Jahren leidenden Patienten vor, der seiner Sprache so wenig mächtig war, dass er über dessen subjective Symptome keinen Aufschluss bekommen konnte. Patient klagte über Gedächtnissschwäche, und es ist anfangs zweifelhaft gewesen, ob es sich allein um eine Paralyse oder um einen stuporartigen Zustand gehandelt habe. Patient, der früher Kirchensänger war, erfuhr, ohne dass er selbst etwas davon merkte, dass er falsch singe; sprach er, so wusste er nicht, wovon er gesprochen hatte. Es bestand also intellectuelle Aphasie und Paraphasie. Da Verf. die Erfahrung gemacht hatte, dass bei corticalen Symptomen, namentlich bei Schlaflosigkeit, intellectuellen Aufregungs- und Depressionszuständen und Gedächtnissschwäche die elektrostatische Douche von günstiger Einwirkung sei, wurde dieselbe bei dem Patienten 8mal angewendet, und der Zustand desselben hat sich so rapid gebessert, dass er wieder gut singt, er merkt sich die Arien und den Text, er spricht wieder im Zusammenhange und übernimmt die Verantwortung über das Gesprochene.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

407. ***Beitrag zur Aetiologie und Behandlung des Ulcus cruris.*** *Von Dr.* **Edelheit**, *Gerichtsarzt in Lisko, Galizien. (Original-Mittheilung.)*

Im Juni 1891 übernahm ich in Behandlung einen 60jährigen Mann, der am linken Unterschenkel ein ausgebreitetes Ulcus cruris besass. Dasselbe erstreckte sich nahezu auf zwei Drittel der Hautfläche des Unterschenkels und liess nur eine schmale Hautbrücke auf der Wade frei. Bei genauer Betrachtung des Falles und nach Vergleich mit der zweiten gesunden Extremität konnte ich schliessen, dass mit Rücksicht auf die infiltrirte derbe zahlreiche Knötchen und Kratzeffecte zeigende Haut der zweiten scheinbar gesunden Extremität, die Ursache des Ulcus in der durch Reibung und mechanischen Reiz abnorm beschaffenen Haut zu suchen ist. Es waren keine erweiterten Venen oder Venengeflechte zu sehen, und ich musste mir die Sache so erklären, dass die dicken Stiefelröhren aus grobem und sprödem Leder nebst der rauhen Leinwand der Beinkleider einen chronischen Reiz auf die Haut ausübten, wodurch Verdickung der Epidermis, Verdichtung des Bindegewebes der Cutis, Verdichtung und bindegewebige Verschwielung des Rete Malpighii mit consecutiver Stauung in den Lymphbahnen der Cutis entstanden. Hierzu kam noch der Juckreiz, welcher den Patienten zu jahrelangem Kratzen veranlasste und die Bedingung für ein Ulcus cruris war gegeben. Ich konnte schon damals dem Patienten voraussagen, dass ihn am zweiten rechten Unterschenkel dasselbe Schicksal ereilen werde. Der Patient klagte über grosse Schmerzen beim Berühren oder Betupfen mit in Carbolwasser oder alkoholischer Solution oder dergleichen anderen Flüssigkeiten getauchten Watte. Ich will noch bemerken, dass der Patient von einem Curpfuscher Jodoformpulver und Jodoformgaze zum Bestreuen der Geschwürsfläche und Verband erhalten hat. Nach seiner Erzählung verursachte ihm das Pulver Brennen, noch mehr aber verursachte ihm die Gaze, die sich in die Vertiefungen wie Zapfen hineinsenkte, beim Entfernen grossen Schmerz. Ich fand, dass jeder feuchte, jedoch bald austrocknende Verband dem Patienten ebenfalls Schmerzen bringen werde, zumal man denselben häufig wechseln müsste. Auch ein Salbenverband, der nicht leicht abnehmbar wäre, müsste dem Patienten, der durch das lange Liegen hochgradig nervös und appetitlos geworden, schmerzhaft sein. Ich entschloss mich nun zur einfachen Irrigation der ganzen Geschwürsfläche mit reinem durchgeseihten (durch ein Tuch) lauwarmen Wasser, reinigte sodann die tieferen Stellen mittelst feuchter Wattetampone vom unreinen Secret und schnitt mittelst Scheere und Pincette einige der necrotischen Borken weg. Dies verursachte einen kurz dauernden, aber empfindlichen Schmerz, aber die Wundfläche wurde zum Theile gereinigt. Jetzt applicirte ich g a n z d ü n n e Leinenfetzen — von gewaschenen alten Wäschestücken —, auf die ich die bekannte Mixtur: Oleum lini et Aqua calcis aa. reichlich schütten liess. Darüber kam nur eine einfache Lage von ebensolcher ganz weicher Leinwand. Der Patient empfand unter diesem Verbande ein angenehmes Gefühl der Kühle, liess sich jede 2—3 Stunden den

Verband, ohne Schmerz zu empfinden, abnehmen, und der günstige therapeutische Effect liess nicht lange auf sich warten. Die Secretion wurde weisslich und weissgelb, die noch vorhandenen necrotischen Inseln liessen sich in der oben angegebenen Weise viel leichter entfernen, und von den Rändern her wucherte junge Epidermis. Die Vertiefungen glichen sich allmälig aus, es kamen reichliche Granulationen, an manchen Stellen sogar üppig wuchernd, und nach Ablauf von etwa sieben Wochen war die Geschwürsfläche ganz mit junger rosenrother Haut bedeckt. Jetzt wurde die empfindliche Haut mit Vaselin täglich einmal ganz fein bestrichen, gepudert und mit einer Flanellbinde versorgt.

Bemerkenswerth ist, dass nunmehr, und zwar im Monate August 1891, am rechten Unterschenkel die Haut zu zerfallen begann. In der ganzen Knöchelgegend boten sich dem Untersuchenden silberguldengrosse, im Absterben begriffene Hautstücke dar. Das Ganze soll sich innerhalb 10 Tagen gebildet haben, trotzdem der Patient bettlägerig war. Ich fand die Sache trotzdem ganz erklärlich aus der oben dargestellten Beschaffenheit der Haut. Die Behandlung war dieselbe wie bei der linken Extremität, und Mitte September war Patient vollkommen geheilt. Ich will zum Schlusse bemerken, dass Patient circa $2^1/_2$ Meilen vom Arzte entfernt wohnt. Am 22. October 1891 kam zu mir der Patient in die Stadt mit von Flanellbinden versorgten Unterschenkeln, in ledernen Hausschuhen und mit Hilfe eines gewöhnlichen Stockes ganz gut herumgehend. Die Beschaffenheit der Haut hatte sich bedeutend gebessert und nur vorne am Unterschenkel ist an einer Stelle die Haut noch empfindlich, jedoch ganz normal. Im Laufe der örtlichen Behandlung musste der Patient in der ersten Zeit durch etwa 4 Tage hindurch Abends Sulfonal einnehmen, ausserdem Stomachica und rothen Wein zur Hebung des Kräftezustandes.

408. ***Zur Therapie der Ureterfisteln.*** *Von* ***Arie Geyl,*** *Dortrecht. (Samml. klin. Vortr. N. F. 37.)*

Bei einer 33jährigen Frau constatirte Verf. eine linksseitige Fistula uretero-vaginalis, rechtsseitige Fistula uretero-uterina, doppelseitigen Einriss am Cervix uteri und Ruptura completa septi perinaei. Die Aufgabe, welche dieser verzweifelte Fall an den Operateur stellte, war sehr schwierig. Die neu zu schaffenden Verhältnisse sollten den alten so ähnlich als möglich sein, und eine, womöglich aber beide Nieren mussten erhalten werden. Die Ureterovaginalfistel durfte man also nur einer Operation unterziehen, welche die zugehörige Niere sicher zu erhalten vermochte. War einmal linksseitig der Zusammenhang zwischen Blase und Ureter wieder hergestellt, so musste man versuchen, die Uterinhöhle so weit zu dilatiren, dass man die Uterinfistel zu Gesicht bekam, worauf darnach zu streben war, die Uretermündung in die Blase zu verlegen. Erst wenn alle Versuche, das gestellte Ziel zu erreichen, gescheitert waren, lag die Berechtigung vor zur Herstellung einer grossen Vesicovaginalfistel mit nachfolgender Occlusio vaginae oder zur Wegnahme einer Niere. Den Hauptinhalt des vorliegenden Heftes bildet nun die Schilderung der vom Verf. vorgenommenen, äusserst erfolgreichen Operation, durch welche die Kranke nach den obigen Indicationen behandelt und völlig hergestellt wurde. Da jedoch ein Theil dieses

Erfolges von besonders günstigen Localverhältnissen und sonstigen glücklichen Zufällen abhängt, so möchte Verf. für künftige Fälle selbst manches Bedenken gegen seine diesmalige Methode äussern. Die Einzelheiten dieses sehr lesenswerthen Aufsatzes mögen im Originale nachgesehen werden. *v. Buschman.*

409. ***Ueber die Behandlung der Eclampsie während der Schwangerschaft.*** *Von* ***F. Haultein.*** *(Edinburg. med. Journ. 1891. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 14.)*

Verf. fand bei Eclampsie, die in der Gravidität, ohne Wehen einzuleiten, auftritt, in 3 Fällen folgendes Verhalten wirksam (ein vierter exspectativ behandelter war letal verlaufen). Beseitigung der Anfälle durch Pilocarpin und Crotonöl, um mit Schweissen und Durchfällen die hohe Arterienspannung zu vermindern und blutreinigend zu wirken, neben grossen Gaben Chloralhydrat, das die Herzkraft, die Gefässspannung und die reflectorische Nervenerregbarkeit herabsetzt. Dann Behandlung der in diesen 4 Fällen allemal vorhandenen Nephritis, vorzüglich mit Milchdiät, und sobald die Pat. sich erholt hat, rasche Entleerung des Uterus in tiefer Chloroformnarcose; Verf. beobachtete dabei keine schädlichen Nebenwirkungen.

410. ***Ueber das neue Operationsgebäude des Krankenhauses Sabbatsberg.*** *Von* ***F. Warfänge.*** *(Arsberättelse från Sabbatsbergs Synkhus. 1891. XII. 15.)*

Das Krankenhaus Sabbatsberg in Stockholm, das schon früher durch die Einführung der elektrischen Beleuchtung den europäischen Krankenhäusern mit gutem Beispiele voranging, hat dies jetzt wiederum gethan durch die Einrichtung eines Operationsgebäudes, durch welche es möglich wird, bei frischen Wunden den Gebrauch der antiseptischen Mittel völlig zu vermeiden und so den von diesen Mitteln ausgehenden, nicht wegzuleugnenden Intoxicationen einerseits und den für den Operateur damit verbundenen Unbequemlichkeiten zu entgehen. Zu diesem Zwecke ist daher die Vorkehrung getroffen, alle bei der Operation mit der Wunde mehr oder weniger direct in Berührung kommenden Gegenstände, das Operationszimmer, die Luft in diesem, die Instrumente und Verbandartikel, den Kranken, den Chirurgen und die Gehilfen aseptisch zu machen. Das neue Operationsgebäude ist zunächst vor der Uebertragung von Infectionsstoffen dadurch geschützt, dass es nur durch einen Verbindungsgang mit den übrigen Gebäuden des Hospitals im Zusammenhange steht. Ferner ist dafür gesorgt, dass der Staub und die daran haftenden Infectionsstoffe so wenig wie möglich Gelegenheit haben, sich festzusetzen und dass die Sauberkeit der Fussböden, Decken, Wände u. s. w. leicht und gründlich herzustellen ist. Auch kann vor den Operationen durch Befeuchtung der etwa vorhandene Staub an die Gegenstände gebunden werden. Von dem Verbindungsgange gelangt man zuerst in zwei Reinigungs- und Desinfectionszimmer, die durch glatte eiserne Thüren mit dem eigentlichen Operationszimmer communiciren. In diesem Zimmer, das eine Fussbodenfläche von 31 Qm. und eine Höhe von 5·5 M. hat, gibt es keine scharfen Winkel, Ecken und Vorsprünge, die Decke ist kuppelförmig, in ihrer Mitte ein Fenster von 7 Qm. Area mit Spiegelglasscheiben in eisernem

Rahmen, darüber ein Lanternon, mit doppeltem äusseren Glasdache versehen. Die Wände und die Deckenwölbung sind mit einer Art blankpolirtem Stuck bekleidet, der aus Cement, Marmor, Glaspulver und Wasserglas hergestellt ist. In der Wand nach Norden befindet sich ein grosses Doppelfenster von 13·5 Qm. Area; das innere Fenster besteht aus Spiegelglasscheiben in eisernem Rahmen. In der Wand nach Süden ist zwischen den beiden, dicht an der Maueroberfläche liegenden Eingangsthüren ein Instrumentenschrank in Form einer Nische angebracht, dieser hat dicht schliessende Glasthüren in eisernem Rahmen, glatte Stuckwände und verstellbare gläserne Fächer. Der Fussboden ist aus Cement zwischen eisernen Schienen, hat eine glattpolirte Fläche aus Cementmosaik und fällt nach der Mitte hin, wo ein Ablauf angebracht ist, gleichmässig ab. An der einen Seite des Saales ist ein Wandbrett aus Glas angebracht, an der entgegengesetzten Seite ein grösseres Waschbecken aus Porcellan und die mit einer Glasplatte bedeckte Frischelufttrommel, Alles so freistehend, dass vollständige Spülung des Zimmers möglich ist. Ebenfalls freistehend sind die vier cylindrischen, oben halbsphärischen Dampföfen aus vernickeltem blanken Kupferblech in den Zimmerecken. Die Ventilationsluft wird, ehe sie in das Operationszimmer eintritt, dadurch erwärmt, dass sie durch die unter diesen belegene Wärmekammer hindurchgeht. Ausserdem geht sie vor ihrem Ausströmen aus der Trommel durch ein in Form von Taschen genähtes und in geeigneter Weise ausgespannt gehaltenes Filter von Baumwollgewebe, um von Staub und Mikroorganismen befreit zu werden. Die Aussaugung durch den Evacuationscanal wird durch einen darin angebrachten Dampfdejector befördert, das Aufsteigen von Gasen durch die Ablaufsleitung ist völlig sicher verhindert. Zur künstlichen Beleuchtung sind in dem Lanternon in schalenförmigen Vertiefungen der vier Eckseiten vier *Siemens*'sche Regenerativlampen von je 200 Normallichtstärken angebracht, ausserdem kann verstärkte Focalbeleuchtung mittelst verstellbarer elektrischer Lampen bewirkt werden. Die Reinigungs- und Desinfectionszimmer sind nach den nämlichen Grundsätzen eingerichtet. In jedem steht eine Badewanne aus Fayence. In einem Zimmer kann man an ein dort befindliches Rohr der Wasserleitung einen hinreichend langen Gummischlauch anschrauben, um das ganze Operationslocal mit Wasser zu überspülen. Hier befinden sich auch die Vorkehrungen zum Sterilisiren der Instrumente, ein vernickelter kupferner Kasten mit einem Gasbrennerapparate darunter, und ein Sterilisirungsschrank, der zur Erhitzung der Instrumente bis auf 150° C. bestimmt ist und an der einen Hälfte der Verbindungsthür mit dem Operationszimmer so angebracht ist, dass die Erwärmung mittelst Gasflammen im Reinigungszimmer, das Einlegen und Herausnehmen, sowie die Ablesung des Temperaturgrades vom Operationszimmer aus geschieht. Zur Sterilisirung der Verbandartikel ist ein neuer Apparat construirt, wobei man von der Annahme ausgegangen ist, dass die schnellste Desinfection durch strömenden Dampf mit schwacher Druckerhöhung und Ueberhitzung zu erhalten ist, dass das Einströmen des Dampfes in den Apparat nach oben zu und das Ausströmen nach unten zu sicherer und schneller wirkt und dass die

Sterilisirung durch vorherige Erwärmung des Apparates beschleunigt wird. Der in einem besonderen Sterilisirungszimmer aufgestellte Apparat besteht aus einem cylindrischen Gefässe mit dreifachen Wänden, der äussere Zwischenraum ist mit einem isolirenden Stoffe angefüllt, in den inneren kann durch einen Hahn Dampf geleitet werden. Der abgehende Dampf hat einen Gegendruck von 0·1 Atmosphären zu überwinden. Die Verbandartikel kommen nicht direct in den Apparat, sondern in besondere Dosen aus verzinntem Kupferblech; Deckel und Boden der Dosen bestehen aus zwei Blechen, die mit einer Anzahl von Löchern versehen sind und durch Drehen der einen Scheibe geöffnet und geschlossen werden können. Der Operationstisch besteht aus einem weissen lackirten Gestelle von eisernen Röhren, so eingerichtet, dass alle Schmutzwinkel vermieden werden. Die Tischplatte besteht aus Glasscheiben, die sich nach der Mittellinie des Tisches hin neigen und längs dieser einen Zwischenranm haben, unter dem eine Rinne aus vernickeltem Kupferbleche hängt, die mit einem Ablaufrohr und Gummischlauche zur Ableitung der Flüssigkeiten versehen ist. Die Glasscheiben sind mit dicken Gummiplatten belegt; als Kopfkissen dient ein grösseres Gummikissen. Sonst hat das Operationszimmer keine anderen Möbel, als zwei mit Glasscheiben versehene Instrumententische aus verzinnten eisernen Röhren und mehrere gleichfalls verzinnte eiserne Stühle. *T. H.*

411. ***Die Therapie des unvollständigen Abortus im Roosevelt-Hospital zu New-York.*** *Von* **H. G. Locke**. *(Amer. Journ. of Obstetr. Jan.-Heft 1892, pag. 92.)*

Um dem Eintritt einer Sepsis vorzubeugen und um das Weib möglichst rasch wieder arbeitsfähig zu machen, geht man im Roosevelt'schen Hospitale sehr radical vor, sobald man sieht, dass der Abortus nicht mehr aufzuhalten ist. Nach gehöriger Desinfection der Graviden und vorausgeschicktem Bade wird die Scheide und die Cervix mit Seife und Bürste gereinigt und dann mit Sublimatsolution ausgespült. Ist die Cervix hinreichend weit, so wird das Contentum des Uterus mit dem Finger entfernt. Ist dies nicht der Fall, so wird die Cervix dilatirt mit einem Metalldilatator, worauf der Uterus ausgetastet wird. Zurückgebliebene Partien der Frucht oder deren Nachgeburtstheile werden entfernt, eventuell mit einer Zange, worauf der Uterus excochleirt wird. Dann wird der Uterus mit einer Sublimatsolution von 1:5000 ausgespült und, wenn es noch nachblutet, mit Jodtinctur ausgepinselt, eventuell wird das Cavum mit Jodoformgaze austamponirt. Nach 24 Stunden wird der Tampon entfernt und von nun an das Cavum nur täglich einmal mit Carbolwasser ausgespült. Nach 7 Tagen geht die Verpflegte gesund heim.

Kleinwächter.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

412. ***Ueber absolute und relative Sehschärfe bei verschiedenen Formen von Amblyopie.*** *Von* **F. Becker**. *(Klin. Monatsh. f. Augenhk. 1891. Dec. — Oesterr.-ungar. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 8.)*

Verf. wurde durch Prüfung Simulationsverdächtiger auf die eigenthümlichen Verhältnisse zwischen relativer und absoluter Seh-

schärfe, sowie das Sehen in der Ferne und in der Nähe aufmerksam und fand grosse individuelle Verschiedenheiten. Es wurden versuchsweise 100 Amblyopen ohne Wahl (nur mit Ausschluss frischer Entzündungen etc.) in ihrer absoluten und relativen Sehschärfe (auf 5 M. und 30 Cm.) geprüft und die Resultate in einer Tabelle nach der Sehschärfe geordnet. Zur Erklärung, warum oft die relative Sehschärfe ganz besonders hoch erscheint, theilte er die Amblyopen in drei Classen: 1. Mit verminderter Perceptionsfähigkeit der Netzhaut (P), 2. mit Trübung der brechenden Medien (T), 3. mit stark abnormer Refraction (R), die in derselben Ordnung eine immer bessere relative Sehschärfe ergaben. Die Besserung der „P-Amblyopen" stellt er in die Linie aller Anderen, bei denen sich eben auch das Sehen in der Nähe besser gestaltete, als zu erwarten gewesen wäre. Die Besserung der „T-Amblyopen" führt er zurück auf die grössere Helligkeit der für die Nähe verwendeten *Jäger*'schen Proben (ein minimaler Unterschied mag nach den Versuchen *Uhthoff's* einen grossen Ausschlag geben). Die Besserung der dritten Gruppe, der „R-Amblyopen" wird auf unregelmässigen Astigmatismus zurückgeführt, wobei Irisverengerung, Linsenveränderung und Bildvergrösserung der Myopen in der Nähe mitzurechnen ist. Bei Hyperopen wird die grössere Accommodationsbreite als günstig angeführt. Die Berücksichtigung dieser Umstände ist besonders in Fragen von Simulation etc. sehr wichtig.

413. ***Einige seltenere Augenspiegelbilder.*** *Von Prof.* ***O. Haab****, Zürich. Mit 1 Tafel. (Centralbl. f. Augenhk. 1892. 3.)*

1. Ein 54jähriger Kranker, der wiederholt vorübergehenden Bluthusten gehabt hatte, jedoch keine sonstigen Symptome manifester Tuberculose bot, war auf dem linken Auge bis auf Lichtschein erblindet; den Augengrund bedeckte ein flacher, heller Tumor, von Netzhaut bedeckt. Es bestand Glaskörpertrübung, Iritis, Röthung, Schmerz; keine Lymphdrüsenschwellungen. Die Untersuchung des enucleirten Auges ergab eine 3—3·5 Mm. dicke Tuberkelwucherung der Aderhaut mit reichlichen Riesenzellen, spärlichen Tuberkelbacillen, enormer Verdickung der abgedrängten Netzhaut ohne Tuberkeleinlagerung in dieselbe, wohl aber in dem Zwischenscheidenraum des Sehnerven mit einigen Knötchen. 2. Eine 46jährige Krankenwärterin mit tertiärer Syphilis zeigte ophthalmoskopisch das seltene Bild der echten Arteriitis syphil. mit stellenweiser Umwandlung der Arterien in weisse, glänzende Stränge. Trübung und Bluterguss in deren Versorgungsgebiet, in diesem Falle dem Centrum, dabei leichte Neuritis optica. Unter energischer Hg- und Jodcur besserte und hielt sich das Sehvermögen, die Netzhaut wurde freier, doch blieben die Arterien ziemlich unverändert. Daneben bestanden verschiedene Erscheinungen von Hirnlues. Bei einem 53jährigen Soldaten beobachtete Verf. ein dem beschriebenen fast vollkommen analoges Krankheitsbild, ein ähnliches bei einem 44jährigen ohne deutliche Syphilis, dessen Frau jedoch manifeste Lues zeigte; beidemal war der Glaskörper jedoch erheblich stärker erkrankt.

414. ***Gleichzeitige Erkrankung der Thränendrüsen und der Parotiden.*** *Von Prof. Dr.* ***E. Fuchs****. (Beitr. zur Augenhk. 1891. Heft 3. — Centralbl. f. Augenhk. 1892. 2.)*

Verf. beschreibt einen Fall von gleichzeitiger, beiderseitiger Anschwellung der Thränen- und Ohrspeicheldrüsen, ohne dass bei

gutem Allgemeinbefinden weitere Anhaltspunkte für das Deuten der Krankheit vorhanden waren. Solutio arsenicalis Fowl. beeinflusste nicht, da Pat. wegen Arzneiexanthems die Medicamente aussetzen musste Die histologische Untersuchung eines aus dem oberen äusseren Theile der Uebergangsfalte excidirten Stückchens der Geschwulst ergab, dass die Geschwulstbildung wahrscheinlich vom interstitiellen Bindegewebe ausgegangen war; im submucösen Gewebe waren scharf abgegrenzte Knoten von dicht gedrängten einkernigen Zellen eingelagert, ähnlich also dem Bau der Lymphome; über etwaige Veränderung der Drüsensubstanz geben die erhaltenen Präparate keine Auskunft. Von den bisher veröffentlichten Fällen der seltenen Erkrankung zeigt keiner Uebereinstimmung mit dem des Autors; derselbe fasst zum Schluss die doppelseitige Erkrankung der Thränendrüsen 1. in einfache Schwellung derselben allein, 2. echter Mumps, 3. chronische als Lymphome der Thränendrüsen, sowie verschiedener Speicheldrüsen und 4. zugleich der Lymphdrüsen des Kopfes und Halses zusammen.

415. ***Indicationen, betreffend die Excision von Hammer und Ambos.*** *Von Dr.* **Stacke.** *(Arch. f. Ohrenhk. Bd. XXXI, Heft 2. — Monatschr. f. Ohrenhk. 1892. 3.)*

Verf. hält die Excision des Trommelfelles mit dem Hammer und eventuell dem Ambos für indicirt: 1. als hörverbesserndes Mittel bei den durch Residuen abgelaufener Eiterung oder adhäsiver Entzündung verursachten Hammerfixationen, selbst bei voraussichtlich nicht normal beweglichem Steigbügel, also bei totaler Verkalkung des Trommelfelles, isolirter Hammer-Ambosankylose und Verwachsung des Trommelfelles mit dem Promontorium und bei unheilbarer Tubenverwachsung; contraindicirt ist die Operation bei Sclerose; 2. als Mittel zur Heilung chronischer Eiterungen des oberen Trommelhöhlenraumes ohne Rücksicht auf das noch vorhandene Hörvermögen bei nachweisbarer Caries des Hammers oder Ambosses, bei Caries des Atticus und bei Cholesteatom der Paukenhöhle. Bei den letzteren drei Formen führt Verf. die Hammer-Ambosextraction nöthigenfalls nebst breiter Eröffnung des Atticus, respective des Antrum mastoideum mittelst Meissels, nach vorhergegangener Ablösung der Ohrmuschel, aus.

417. ***Ueber Nystagmus bei Ohraffectionen.*** *Von Dr.* **M. Cohn.** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 43 u. 44. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1891. 49.)*

Den wenigen bisher veröffentlichten Fällen von Nystagmus bei Ohraffectionen *(Schwabach, Pflüger, Kipp)* fügt Verf. vier neue auf der *B. Baginsky*'schen Poliklinik beobachtete hinzu. In allen vier Fällen handelte es sich ebenso, wie in den früher beobachteten, um eiterige Mittelohrentzündungen mit Perforation des Trommelfelles. Die nystagmusartigen Augenbewegungen traten bei leichtem Druck auf den Tragus, respective beim Ausspritzen des Ohres auf; in 2 Fällen nur, wenn mit kaltem Wasser gespritzt wurde. Der Nystagmus war stets ein bilateraler, zumeist ein horizontaler, in einem Falle auch zuweilen ein rotatorischer. Bezüglich der Erklärung der in Rede stehenden Erscheinung wurde früher auf Grund der Experimente *Cyon's* die Ansicht ausgesprochen, dass dieselbe durch eine Reizung des Labyrinthes, speciell der Bogengänge, bedingt sei, während *Pflüger*, gestützt auf Versuche von *Hitzig* und *Curschmann,*

eine directe Hirnreizung glaubte annehmen zu sollen. Verf. hält die Erklärung des Nystagmus durch Labyrinthreizung für die näherliegende, weil der angewandte Druck nicht so intensiv gewesen sein könne, um eine Hirnreizung hervorzurufen. Den Umstand, dass ein so geringfügiger Druck genügte, um die Reizung des Labyrinthes bis zur Auslösung eines intensiven Nystagmus zu steigern, glaubt Verf. durch die Annahme erklären zu sollen, dass im Anschluss an die Mittelohreiterung sich im Labyrinth, speciell in den Bogengängen, ein gewisser Reizzustand höchst wahrscheinlich auf entzündlicher Basis etablirt habe, der zugleich eine erhöhte Reizbarkeit der betroffenen Theile im Gefolge hatte; der einmal irritirte Bogengangsapparat reagirt alsdann schon auf einen geringfügigen von aussen kommenden Reiz (Druck auf den Tragus, Einspritzung), der unter gewöhnlichen Verhältnissen wirkungslos bleibt.

Dermatologie und Syphilis.

417. ***Ueber Strophulus infantum.*** *Von* ***E. Gebert.*** *(Arch. f. Kinderhk. XIII. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 19.)*

Der Strophulus infantum ist charakterisirt durch das Auftreten kleiner linsengrosser Papeln, die sich in der Mehrzahl der Fälle am Rumpf, sodann an den Nates, selten an den Extremitäten, noch seltener im Gesicht und wohl niemals an der behaarten Kopfhaut zeigen. Am ähnlichsten sehen diese Papeln der Urticaria. Sie haben anfänglich eine hellrothe Farbe, später nehmen sie cyanotische Färbung an. Sie finden sich bald vereinzelt, bald in Gruppen von 2—4 und confluiren in letzterem Falle häufig. Ihre Form ist theils circular, theils unregelmässig; sie zeigt keine scharf abgegrenzten Contouren. Im Gegensatz zur Urticaria stellt sich die Strophuluspapel nicht als ein brüsker Vorsprung der Haut, sondern als eine allmälig ansteigende Kuppel dar. Im Centrum enthält sie ein oder mehrere ziemlich tief unter der Epidermis gelegene Bläschen, die man deshalb leichter durch das Gefühl als mit dem Auge constatiren kann. Diese Bläschen führen in Folge von Kratzen zur Bildung eines Schorfes; bisweilen ist jedoch die Epidermis so resistent, dass die Kinder dieselbe nicht durchkratzen können. In diesen Fällen trocknet die seröse Flüssigkeit der Bläschen ein und veranlasst so eine innere Schorfbildung. Nach Abfall dieses Schorfes besteht noch lange Zeit ein Knötchen, das seinem Umfange nach mehr der Stelle des centralen Bläschens, als der ganzen Papel entspricht. Man beobachtet den Strophulus infantum zu jeder Jahreszeit, besonders häufig aber im Sommer. Die Eruption erfolgt gewöhnlich des Abends, unmittelbar nachdem das Kind sich zu Bett gelegt hat, unter dem Einfluss der Bettwärme; sie ruft einen Juckreiz hervor, der die Kinder um einen grossen Theil ihrer Nachtruhe bringt. Besonders häufig ist der Strophulus infantum im Alter von 3—9 Monaten. Selten zeigt er sich nach Ablauf des zweiten Lebensjahres. Es ist eine benigne Affection, die fast nie von Fieber oder anderen Allgemeinstörungen begleitet ist. Wenn der Strophulus lange besteht, kommt es zu Drüsenschwellungen besonders der Inguinaldrüsen in Folge durch den Juckreiz hervorgerufener secundärer Infection. Was die Therapie des Strophulus betrifft, so kann nach dem vor-

stehenden seine Behandlung nur eine symptomatische sein. Es gelingt durch eine Reihe geeigneter Massnahmen indess oft, die Affection mehr oder weniger schnell zu beseitigen, was bei ihrem zwar gefahrlosen, aber für das Kind recht lästigen Charakter von Wichtigkeit ist. Die anämischen Erscheinungen bei zu Strophulus prädisponirten Kindern bekämpft man durch passende Ernährung, wie durch Eisenpräparate. Das Kind soll nicht zu warm gekleidet sein und ist deshalb möglichst Wolle zu vermeiden. Man setze es möglichst frischer Luft aus und halte es in kühlen Zimmern. Sehr gut wirkt oft das Aussetzen des sonst so wohlthätigen warmen Bades, an dessen Stelle dann kurz dauernde laue Waschungen zu treten haben. Auch Abwaschungen mit kühlem Essigwasser beim Schlafengehen haben sich recht bewährt, in einzelnen, namentlich veralteten, mit Eczemen complicirten Fällen abendliche Theerseifenwaschungen mit nachfolgender kalter Uebergiessung, eventuell Einreibung mit 3—5procentiger Naphtholzinksalbe. Gegen den heftigen Juckreiz und den dadurch bedingten unruhigen Schlaf wurde endlich fast stets mit Erfolg Antipyrin (2 Grm. mit 25 Grm. Wasser und Syrup angewandt, das in kleinen Dosen (1 Theelöffel bis 1 Kinderlöffel einer Lösung) Abends gereicht wird.

418. ***Beiträge zur Kenntniss der Hautneurosen. Ueber den Lichen circumscriptus der älteren Autoren, den Lichen simplex chronicus Vidal's.*** *Von* **L. Brocq** *u.* **L. Jacquet.** *(Annal. de dermat. et de syph. 1891. 3. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 26.)*

Nach Ansicht der Verf. wurde das von den älteren Autoren als Lichen circumscriptus, neuerdings von *E. Vidal* als Lichen simplex chronicus bezeichnete Hautleiden mit Unrecht den chronischen Eczemen subsumirt; sie betrachten dasselbe vielmehr als eine wohl charakterisirte selbstständige Dermatonose und suchen dies an der Hand einer Anzahl selbst beobachteter Fälle darzuthun. Der Lichen simplex chronicus stellt sich darnach dar als eine ausserordentlich stark juckende Affection, bei der sich begrenzte, meist oval gestaltete Plaques von im Mittel 5—15 Cm. Durchmesser bilden, an welchen man, wenn sie vollständig und typisch entwickelt sind, drei Zonen unterscheiden kann. Die äusserste, welche allmälig in die gesunde Umgebung übergeht, ist gelblich oder bräunlich pigmentirt, von feinen, sich kreuzenden Furchen durchzogen und lässt ausserdem kleine, wenig auffallende papilläre Hervorragungen erkennen, welche ihr ein sammtartiges Aussehen verleihen. Die mittlere Zone ist charakterisirt durch meist blassrothe, unregelmässig geformte Papeln von der Grösse eines Stecknadelknopfes bis zu der einer kleinen Linse, welche nach der äusseren Grenze zu vereinzelt stehen, gegen das Centrum hin dichter aneinander rücken und endlich zu einer mehr gleichmässigen Fläche zusammenfliessen, welche die innere Zone bildet. Diese stellt den ältesten und wesentlichsten Bestandtheil der Lichenplaques dar; sie zeigt eine sehr ausgesprochene Verdickung der von zwei einander schneidenden Liniensystemen durchfurchten Haut, erscheint blassroth oder pigmentirt und ist oft mit dünnen, sehr fest haftenden Schüppchen bedeckt. In den Hohlhänden nehmen die Plaques das Aussehen einer Keratose an; man findet auf etwas gerötheter und

empfindlicher Haut dicke, hornige, stellenweise von tiefen, schmerzenden Rhagaden durchsetzte Auflagerungen. Besonders charakteristisch für den Lichen simplex chronicus sind das excessive Jucken und die beständige, absolute Trockenheit der Plaques; zum Nässen. kommt es auch an Stellen, wo dies bei den meisten anderen Hautkrankheiten der Fall ist, z. B. in den Genitocruralfalten, niemals. Die Krankheit wird an den Extremitäten, am Bauch, am Anus, an den Geschlechtstheilen, am häufigsten an den inneren Schenkelflächen beobachtet; ihre Entwicklung und ihr Verlauf ist ein äusserst chronischer, sich über viele Jahre hinziehender. Recidive sind sehr häufig. Was das Wesen der Affection betrifft, so sind die Verf. der Ansicht, dass das Jucken das Primäre, die Hautläsionen erst secundär hervorrufende ist, dass es sich somit um eine circumscripte Hautneurose handelt; dafür scheint ihnen auch zu sprechen, dass die Patienten häufig noch an anderen Neurosen leiden und dass man durch einen die kranke Partie hermetisch abschliessenden Verband wohl Besserung der Hautveränderung, nicht aber des Juckens erzielt. — Dieser Auffassung entsprechend empfehlen die Verf. auch therapeutisch vor Allem eine allgemeine, constitutionelle Behandlung mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems (Brompräparate, Hydrotherapie u. dergl.), local Antipruriginosa und Anwendung medicinischer Pflaster, welche zugleich durch die Occlusion günstig wirken.

419. ***Ueber Syphilis occulta.*** *Von Dr. **Fleiner**. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVIII. Heft 3—6.)*

Als Syphilis occulta bezeichnet Verf. jene Fälle, wo Patienten mit tertiärer Lues ebensowenig etwas von einer Infection wie von Secundärerscheinungen wissen. Dieser Zustand ist wohl zu unterscheiden von der latenten Syphilis, bei welcher stets bestimmte secundäre Erscheinungen aufgetreten sein müssen. Zunächst bespricht Verf. die Syphilis occulta bei Frauen syphilitischer Männer. In 6 Beobachtungen, wo die verschiedensten tertiären Zustände Lues der Trachea, des Larynx, der Leber und Meningen vorhanden waren, schien die Infection durch das Sperma erfolgt zu sein und die Schwere der tertiären Erscheinungen erklärt sich wohl daraus, dass die Frauen vorher nie antisyphilitisch behandelt worden waren. Uebrigens ist es bemerkenswerth, dass die Kinder dieser Frauen ausnahmslos gesund geblieben waren. In einer zweiten Gruppe bespricht Verf. die Syphilis occulta bei Frauen. welche mehrmals abortirt oder hereditär syphilitische Kinder zur Welt gebracht haben. Wie diese Immunität zu erklären, wissen wir nicht. Jedenfalls ist der Vorschlag, mit der Behandlung des Vaters zugleich auch eine prophylactische antiluetische Behandlung der Mutter eines hereditär syphilitischen Kindes vorzunehmen, durchaus beachtenswerth. Schliesslich wendet sich der Verf. zur Syphilis hereditaria tarda, welche ebenfalls in ihrem Auftreten und Verlauf mit der Syphilis occulta die grösste Aehnlichkeit hat. In 8 sicheren Beobachtungen fand er 4mal Gummabildungen in der Haut und im Unterhautzellgewebe, 1mal Perforation des harten Gaumens und des Septum narium, 2mal tertiärsyphilitische Geschwüre der Nase, im Rachen und an der Epiglottis, 1mal eine syphilitische Cerebralaffection. Wir kennen bisher keine zu-

verlässigen Mittel und Wege, die Syphilis occulta vor ihrem deletären Auftreten zu erkennen. Es wird deshalb zunächst unsere Aufgabe sein müssen, nach Symptomen zu forschen, welche ein frühzeitiges Erkennen und eine prophylactische Behandlung ermöglichen.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

420. ***Ueber die Veränderungen der Nervenelemente des Centralnervensystems bei der Hundswuth.*** *Von* ***N. M. Popoff.*** *(Virchow's Arch. CXXII. Heft 1. — Centralbl. für klin. Med. 1892. 13.)*

Verf. hat das gesammte Centralnervensystem eines im 40. Lebensjahre circa ein Monat nach dem Biss an Hundswuth verstorbenen Landmannes einer genauen Untersuchung unterworfen. Er fand im Rückenmark an vielen Stellen enorme Verdickungen der Achsencylinder, welche mitunter rosenkranzartig an einander gereiht waren und eine ganz ähnliche Difformität des Myelinmantels des Nerven. Im Gehirn boten die Nervenfasern ähnliche, aber weniger deutlich ausgesprochene Veränderungen dar. Was nun die vom Verf. an den Ganglienzellen gefundenen Veränderungen betrifft, so sind dieselben wohl nicht sämmtlich als unbedingt pathologisch anzusehen, weil einmal die Präparate mit *Müller*'scher Flüssigkeit gehärtet waren und weiter die Pigmentanhäufung, die im Allgemeinen nicht besonders hochgradig zu sein scheint, bei einem Mann von 40 Jahren auch unter normalen Verhältnissen sich finden kann. Von Wichtigkeit ist, dass die verschiedenen Partien des Centralnervensystems in verschiedenem Grade Veränderungen zeigten. So waren die Zellen im Lendenmark stärker afficirt als im Brustmark und zeigten die motorischen Kerne des verlängerten Markes die ausgesprochensten Veränderungen.

421. ***Das Vorkommen der Charcot-Leyden'schen Krystalle im Gewebssaft der Lebenden.*** *Von Prof.* ***Westphal.*** *(Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1891. Heft 5 u. 6. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 14.)*

Mit einer einzigen Ausnahme (Dr. *Grus,* Klinik des Professor *v. Korczynski* in Krakau) stimmen Alle, die sich bisher mit dem Vorkommen der *Charcot-Leyden*'schen Krystalle bei der Leucämie beschäftigt haben, darin überein, dass diese Krystalle immer erst in der Leiche als Ausdruck gewisser Zersetzungen, bezw. Fäulnissvorgänge gefunden werden. Dem gegenüber gelang es Verf. bei 2 Leucämischen (Med. Klinik zu Leipzig) die Krystalle im frischen, dem Lebenden entnommenen Milzsaft nachzuweisen. Obwohl die Krystalle in den Präparaten zu Anfang des Suchens nur spärlich waren und sich nach einigen Stunden erheblich vermehrt hatten, glaubt Verf. doch nicht, dass sie sich überhaupt erst in den Präparaten gebildet hätten, sondern meint, dass sie in der Milz entständen, wo durch Stagnation aufgehäufter Leucocyten günstige Bedingungen für ihre Bildung vorhanden wären. In dem Blute der Kranken fanden sich keine Krystalle.

422. ***Carbolgangrän.*** *Experimentelle Untersuchungen von Dr.* ***Frankenburger.*** *Inaug.-Dissertat. Erlangen 1891. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 10.)*

Längere Application von Carbolsäure selbst in recht geringen Concentrationen ($2^1/_2$ oder 2%) ruft — bei dazu disponirten Individuen — Gangrän der betroffenen Theile im ganzen Umfang der Contactstelle hervor. Die Gangrän stellt sich selbst bei vollständig unversehrter Haut ein, offenbar weil Carbolsäure, im Gegensatz zu anderen Stoffen, die Eigenschaft besitzt, durch die intacte Epidermis hindurchzudringen. Die Gangrän stellt sich dar als „trockene Gangrän". Ihre Ursache liegt in der zerstörenden Einwirkung der Carbolsäure auf die rothen und weissen Blutkörperchen, wodurch es zu Stase und Thrombose innerhalb der Blutgefässe, und in Folge der hierdurch veranlassten Inanition zum Absterben der Gewebe kommt. — Die Gangrän ergreift um so tiefere Theile, je länger die Carbollösung eingewirkt hat. Namentlich ausgesetzt sind die Phalangen, wie überhaupt Theile, die in ihrem ganzen Umfange mit Carbolsäure umgeben wurden. Prädisponirt für Carbolgangrän sind schwächliche Individuen, Frauen und Kinder. Diese Beobachtungen über Carbolgangrän mahnen zur Vorsicht. Man wird an die Stelle derselben lieber weniger aggressive Mittel treten lassen (Bleiwasser, Borsäurelösungen, essigsaure Thonerde-Umschläge); vor Allem aber ist gegen die beim Publicum so beliebte Selbstverordnung von Carbolumschlägen anzukämpfen.

423. ***Zur Syphilis des Centralnervensystems und der Psychosen.*** *Von Dr.* ***Oebeke****, Endenich. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XLVIII. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1892. 5.)*

Hauptsächlich statistische Untersuchungen über die Beziehungen der Syphilis zu den Psychosen auf Grund eines Krankenmaterials von 320 Männern. Von diesen waren syphilitisch inficirt, fast ausnahmslos mit nachfolgenden secundären Symptomen, $22^1/_2$ Procent. Scheidet man die Paralytiker aus, von denen 57 Procent luetisch waren, so resultirt ein Verhältniss von $12^4/_5$ Procent, welches ziemlich mit dem Ergebniss der *Erb*'schen Untersuchungen bei an Neurosen leidenden Individuen mit Ausschluss der Tabetiker (12 Procent) übereinstimmt. Die Paralytiker sind bei den weiteren Betrachtungen nicht berücksichtigt worden, da Verf. über dieselben anderweitig berichtet hat. Als bemerkenswerthestes Ergebniss ist der colossale Unterschied zwischen den Heilungsresultaten der Psychosen bei den Luetikern und der nicht luetisch inficirten hervorzuheben: 15 Procent gegen 35 Procent völliger Heilungen. Der Unterschied zu Ungunsten der Luetiker ist ein so grosser, dass selbst bei Berücksichtigung aller nur möglichen Fehlerquellen immer eine specifische Schädigung des Nervensystems durch die syphilitische Infection, vielleicht im Sinne *Strümpell's*, anzunehmen ist. Eine Gegenüberstellung derjenigen Fälle, bei welchen die Syphilis als hauptsächlichstes ätiologisches Moment angenommen werden darf, gegenüber denen, wo andere Ursachen mitsprechen, ergibt dementsprechend eine ungünstigere Prognose für die ersteren.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

424. ***Ueber die Natur des Fischgiftes.*** *Von* ***Arustamoff.*** *(Centralbl. f. Bacteriologie u. Parasitenk. X. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 11.)*

In kurzer Zeit hatte Verf. Gelegenheit, 11 Fälle von Vergiftungen zu beobachten, die sich Menschen nach dem Genusse von gesalzenen Störsorten und Lachs in rohem Zustande zugezogen hatten. In 5 Fällen trat der Tod ein. Die Untersuchung der Fische ergab, dass das Fleisch derselben eine auffallend weiche Consistenz zeigte, aber keine Fäulniss. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich beinahe der ganze Fischkörper durchsetzt von einer Anzahl lebender Mikroorganismen, die sich in den Culturen alle als zu einer Gattung gehörig erwiesen. Sie haben eine gewisse Aehnlichkeit mit den Typhusbacillen. Die aus dem Lachsfleisch gezüchteten Mikroben unterschieden sich wesentlich von den aus dem Störfleisch gewonnenen Culturen. Erstere verflüssigen die Gelatine, sind ungefähr 1 μ dick und 2—$1^1/_2$ μ lang; letztere verflüssigen die Gelatine nicht und bilden auf der Oberfläche eine Art flachen Nagelkopfes. Beide Culturen entwickeln keinen Fäulnissgeruch. Bei den Pat. traten die ersten Vergiftungssymptome 10—28 Stunden nach dem Genuss des rohen Fleisches ein; die genossene Menge desselben hatte keinen Einfluss auf die Symptome der Vergiftung und auf den schnellen Eintritt derselben. Der Tod erfolgte in der Regel erst einige Tage nach dem Genuss des Fleisches. Die Haupterscheinungen bestehen in allgemeiner Schwäche, Schmerzen im Leibe, erschwertem Athmen, Erweiterung der Pupillen, Beeinträchtigung des Sehvermögens, nicht selten Diplopie, Schwindel, Trockenheit im Munde, Unvermögen zu schlingen, Aphonie, starker Obstipation, Anurie, Temperaturerniedrigung. Die pathologisch-anatomischen Ergebnisse zeigten nichts Specifisches, sogar nichts Bemerkenswerthes auf; sie wiesen auf die Folgen des Todes an Asphyxie hin. Dagegen ergab die mikroskopische und bacteriologische Untersuchung der Organe dieselben Befunde wie bei den Fischen. Reinculturen der erwähnte Mikroben wurden 19 Kaninchen, 2 Hunden und 2 Katzen subcutan injicirt. Sämmtliche Kaninchen gingen ein, die Hunde und Katzen genasen nach schwerem Kranksein. Die Thiere zeigen eine auffällige Schwäche, erschwerte Athmung, Schläfrigkeit, Pupillenerweiterung, Urin- und Kothverhaltung, Temperaturerniedrigung. In den Organen fanden sich die specifischen Mikroorganismen.

425. ***Ueber das Verhalten von Typhusbacillen, Cholerabacterien und Tuberkelbacillen in der Butter.*** *Von* ***Hugo Laser.*** *(Zeitschr. f. Hygien. X. 3. — Hygien. Rundschau. 1892. 2.)*

Der Verf. studirte die Dauer der Lebensfähigkeit von Typhus-, Cholera- und Tuberkelbacillen in der Butter. Zu dem Zwecke brachte er eine Aufschwemmung von Typhusbacillen in sterile Kochsalzlösung, goss diese durch ein steriles Papierfilter und mischte das Filtrat mit Butter, sowie mit Fett und Casein derselben Sorte. Durch die Plattencultur ergab sich, dass die bezeichneten Bacillen am fünften Tage in dem Casein, am sechsten in der Butter, am

siebenten in dem Fett nicht mehr nachweisbar waren. In derselben Weise versetzte er eine viertägige alte, gesalzene, saure Butter mit Cholerabacillen und fand, dass sie in ihr am fünften Tage nach dem Zusatze verschwunden waren. An demselben Tage liessen sie sich auch nicht mehr im Casein nachweisen, während sie aus dem Fett schon am vierten Tage nicht mehr gezüchtet werden konnten. Als statt der Kochsalzlösung Olivenöl zur Herstellung der Aufschwemmung verwendet wurde, hielten die Cholerabacillen sich bis zum siebenten Tage inclusive in der Butter lebend. Um zu entscheiden, wie lange Tuberkelbacillen in der Butter sich lebensfähig und virulent erhalten, musste das Thierexperiment herangezogen werden. Der Verf. mischte Butter mit einer Aufschwemmung jener Bacillen, machte sofort eine Peritonealinjection, wiederholte dies bei anderen Thieren in bestimmten Intervallen und constatirte, dass die Butter noch sechs Tage nach dem Zusatze von Tuberkelbacillen infectiös war, am zwölften und später aber keine virulenten Bacillen mehr enthielt. Darnach würde die Butter etwa eine Woche hindurch das Virus des Typhus, der Cholera, der Tuberculose übertragen können. Bei Gelegenheit dieser Untersuchung stellte Verf. ausserdem fest, dass in der Butter ganz regelmässig Keime von Oidium lactis vorkommen und glaubt deshalb, dass der Nachweis desselben ein sicheres differentialdiagnostisches Mittel ist, wenn es darauf ankommt, kleine Mengen Butter nachzuweisen.

426. ***Geisteskranke Volksschullehrer und Subalternbeamte.*** *Von Prof. Dr.* ***Ludwig Meyer****. Aus der Festschrift zur Erinnerung an die Eröffnung der Provinzial-Irrenanstalt zu Göttingen. Hannover 1891. (Der Irrenfreund. Bd. XXXIII. 9 u. 10.)*

Seit einer Reihe von Jahren war Verf. die verhältnissmässig häufige Aufnahme von geisteskranken Volksschullehrern aufgefallen. In der Anstalt kommt einer von ihnen auf 30 männliche Geisteskranke. Bei der Stetigkeit dieses Verhältnisses in dieser Anstalt und dem Fehlen jeglichen Grundes für die Bevorzugung der Göttinger Irrenanstalt durch die geisteskranken Schullehrer Hannovers dürfte die Voraussetzung, dass diese Classe der Bevölkerung verhältnissmässig eine grössere Zahl Geisteskranker enthalte, wohl gerechtfertigt erscheinen. Eine genauere Nachforschung hat aber ergeben, dass die Hälfte der Lehrer bereits vor der Uebernahme ihres Amtes geisteskrank gewesen seien, dass fast alle (3) Uebrigen Abweichungen in ihrem geistigen Wesen und Verhalten längere Zeit, bevor sie Lehrer geworden sind, gezeigt haben. In den zum Zweck der Aufnahme in der Irrenanstalt abgegebenen ärztlichen Berichten werden sie als „reizbaren Gemüthes, leicht verletzlichen Ehrgefühls, unbehilflich in praktischen Dingen etc.“ bezeichnet. Es ist demnach hier unzulässig, in der Beschäftigung oder anderen Verhältnissen des Berufes psychisch schädigende Einflüsse zu erblicken. Zu den gleichen Schlüssen gelangen wir bei einem anderen, in der Anstalt gleichfalls ungewöhnlich stark vertretenen Berufe, dem der Subalternbeamten (10). Sollten diese Erfahrungen allgemeine sein, so könnte man fast zu der Anschauung gelangen, dass einzelne Berufsarten eine gewisse Anziehung für Personen besitzen, die mit einer Anlage zu Geistesstörnngen behaftet sind. — (Gewiss sind diese kärglich dotirten Berufsarten zum Theil Zufluchtsstätten für psychisch „Minderwerthige“. Red.)

427. ***Ueber die Mikroorganismen des Flecktyphus.*** *Von Prof.* ***S. Lewaschew.*** *Aus der I. med. Klinik in Kasan. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 13.)*

Die grosse Bedeutung, die man der Lösung der Frage über die Aetiologie des Flecktyphus nicht nur für theoretische, rein wissenschaftliche Aufgaben, sondern auch für praktische Zwecke zuschreiben muss, bewogen Verf., das Blut sämmtlicher Kranken, welche mit typischen Symptomen eines Flecktyphus in die Klinik aufgenommen wurden, in jedem Stadium der Krankheit auf's Genaueste zu untersuchen. Das Blut wurde theils der Fingerkuppe, theils mittelst sterilisirter *Pravaz*'scher Spritze der Milz entnommen. In den aus der Milz stammenden Blutstropfen fand Verf. kleine, rundliche, stark lichtbrechende Gebilde, die sich in frischen Präparaten höchst energisch bewegen, vielfach schnell unter dem Gesichtsfelde dahinschiessen, vielfach tanzende Bewegungen darbieten; je mehr Zeit von der Entnahme des Blutes an verstrichen ist, desto langsamer werden ihre Bewegungen, die schliesslich ganz aufhören. Manchmal sind diese Gebilde vollkommen schwarz gefärbt. Oefters verlängert sich einer von ihren Polen und geht in ein feines, mehr oder weniger langes, sich ungeheuer schnell nach allen Richtungen bewegendes Fädchen über; auch freie Fädchen kommen mitunter vor. Obgleich man also gewöhnlich bei der Untersuchung des Flecktyphusblutes 3 Formen von Mikroorganismen: Coccen, Coccen mit Fädchen und freie Fädchen findet, ist es doch wahrscheinlich, dass sie nur Formen eines Mikroorganismus sind, den Verf. Spirochaete exanthematicum nennt. Die Zahl der beschriebenen Gebilde ist sehr schwankend, in den Anfangsstadien der Krankheit sind sie weniger zahlreich als bei weiterer Entwicklung derselben. Während des Temperaturabfalles und bisweilen einige Zeit vor demselben nimmt die Zahl der Gebilde schnell ab; nach der Krise verschwinden sie vollständig. In dem aus dem Finger gewonnenen Blute fand Verf. dieselben Gebilde ziemlich oft, aber nicht so constant, überhaupt viel schwieriger und in kleineren Mengen. — Mit bacteriologischen Untersuchungen des Flecktyphusblutes, die ebenfalls positive Resultate versprechen, ist Verf. noch beschäftigt und behält sich die Veröffentlichung bis nach Abschluss der Versuche vor. *H. Levy*, Breslau.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

428. *Elektrotherapie und Suggestionstherapie.*

Von Prof. ***Eulenburg*** *in Berlin.*

(Berliner klinische Wochenschrift. 1892, 8. 25 S. 8⁰.)

Im vorliegenden, in der *Hufeland*'schen Gesellschaft gehaltenen Vortrage präcisirt *Eulenburg* seine Stellung gegenüber den von *Möbius* seit dem Jahre 1887 mehrmals geäusserten Ansichten, welche den Heilwerth der Elektricität anzweifeln und dieselbe grösstentheils (zu vier Fünfteln), als durch psychische Ver-

mittlung — Suggestionswirkung — erreicht, darstellen. Namentlich analysirt Verf. die Stichhaltigkeit der fünf „Thesen“, welche *Möbius* seinem Referate über elektrotherapeutische Arbeiten — auch über Elektrodiagnostik — im Band 229 der *Schmidt*'schen Jahrbücher voranstellte. *Möbius*' erste These lautet, es sei durch nichts bewiesen, dass die Elektricität bei organischen Lähmungen heilend wirke; denn „Lähmungen durch Zerstörung der centralen Nervenelemente heilen überhaupt nicht, Lähmungen durch Zerstörung der peripherischen Nerven oder der Muskelfasern heilen, so weit sie heilbar sind, in gesetzmässiger Weise von selbst; und es ist bis jetzt keine Thatsache bekannt, welche bewiese, dass die Elektricität die Regeneration beschleunigen kann. Indirecte centrale Lähmungen endlich und sogenannte leichte peripherische Lähmungen gleichen sich auch ohne Eingriff von aussen aus“. Indem Verf. diese These näher in's Auge fasste, „denn mit der Behandlung der Lähmungen steht und fällt die Existenzberechtigung der gesammten Elektrotherapie“, weist er zunächst auf die Beobachtungen und Arbeiten *Duchenne's* und *Remak's* gerade auf diesem Gebiete hin. Ueber die Behandlung und Heilungsmöglichkeit der traumatischen Leitungslähmungen, der spinalen Lähmungen und Amyotrophien, der Bleilähmungen, der Cerebrallähmungen, der mannigfaltigen peripherischen (partiellen) Paresen und Paralysen hat *Duchenne* selbst schon grösstentheils die leitenden Grundsätze mit wünschenswerther Klarheit und Entschiedenheit entwickelt. Wie sehr bei Drucklähmungen des Nervus radialis eine Beschleunigung der Heilung durch die elektrische Behandlung stattfindet, beweist u. A. eine interessante Zusammenstellung von *E. Remak*: „Radialislähmung“ in der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, 2. Aufl., Bd. XVI, pag. 378. Darnach erfolgte in 51 Fällen von leichterer Form der Drucklähmung die Heilung bei elektrischer Behandlung durchschnittlich in 7 (3—20) Sitzungen oder in 13 (5—40) Tagen, während dieselben Lähmungen, sich selbst überlassen, meist 4—6 Wochen, zuweilen 3—5 Monate zur Herstellung erfordern. Die Heilung erfolgte um so rascher, je früher der Fall zur Behandlung gekommen war. Es frägt sich ja nun allerdings, wie ist gegenüber der allbekannten typischen Verlaufsweise, dem Degenerations- und Regenerationsvorgange und der consecutiven Muskelentartung bei den mittleren und schweren Formen traumatischer Lähmung eine derartige, die Heilungstendenz oder den Heilungsvorgang günstig beeinflussende Elektricitätswirkung denkbar und erklärbar? Es liegen nun verschiedene Möglichkeiten vor; es könnte der Regenerationsvorgang im Nerven (zumal in Fällen ohne oder auch mit partieller Continuitätstrennung) angeregt und beschleunigt werden; es könnte die Ernährung der Muskeln und überhaupt der gelähmten Glieder vortheilhaft beeinflusst, die Ausbildung consecutiver Ernährungsstörungen verhütet, verlangsamt, in engeren Grenzen gehalten werden; vielleicht auch beides. Ueber die immerhin denkbare Beschleunigung des Regenerationsvorganges im Nerven lässt sich nichts Positives sagen; es ist, wie *Möbius* mit Recht hervorhebt, keine Thatsache bekannt, welche eine solche Beschleunigung direct bewiese. Etwas anders steht es dagegen hinsichtlich der Aufbesserung der Ernährung in dem gelähmten Gliede,

und der Verlangsamung der consecutiven Nutritionsstörung. Der Einfluss der Elektrisation, namentlich der Faradisation, auf die Wärmebildung und Ernährung gelähmter Theile erscheint bei den traumatischen Lähmungen häufig so evident, dass er kaum in Zweifel gezogen werden kann; er gibt sich durch Ansteigen der abnorm herabgesetzten Localtemperatur bei subjectiv grösserem Wärmegefühl, Aenderung der Hautfärbung, Besserung der venösen Circulation, Volumszunahme oft schon sehr rasch zu erkennen. *Duchenne* hat auch dafür bereits instructive Beispiele geliefert. — Dass die in frischen Fällen von Anfang an vorgenommene Elektrisation das Zustandekommen krankhafter Ernährungsstörungen in den gelähmten Theilen beschränkt und verlangsamt, wenn auch natürlich bei den schweren Formen nicht auf die Dauer, ist nach klinischen und experimentellen Beobachtungen mindestens in hohem Grade wahrscheinlich. *Möbius* selbst erwähnt, auf Grund einer Mittheilung von *Frankl-Hochwart*, die Versuche von *Déjerine* (1875), der an zwei Meerschweinchen die Nervi ischiadici durchschnitt und einen Monat lang täglich je ein Hinterbein der Thiere faradisirte. Am elektrisirten Bein waren die gangränösen Stellen kleiner oder fehlten ganz, die Atrophie war weniger deutlich, die Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit war geringer als am nicht elektrisirten Bein. *Möbius* wendet dagegen ein, dass sowohl die Zahl der Versuche, als die Beobachtungszeit zu klein sei, was zuzugeben ist. Ganz ähnliche Versuche sind jedoch, allerdings aus anderweitiger Veranlassung, aber mit gleichem, sogar grösserem Erfolge schon vor 50 Jahren angestellt worden, von *Reid* und von *Longet*, denen es damals darum zu thun war, das Erhaltenbleiben der sogenannten Muskelirritabilität nach Nervendurchschneidungen in dieser Weise ihrer Meinung nach zu erhärten.

Nach Verf. ist wohl jeder beschäftigte Elektrotherapeut mit ähnlichen Vorkommnissen bei Diplegia brachialis und bei Paraplegien vertraut. Besonders gewisse, meist symmetrisch auftretende Armlähmungen (z. B. polyneuritische Lähmungen, Bleilähmungen) bieten, falls man etwa durch Zeitmangel gezwungen ist, sich auf Behandlung des functionell wichtigeren (rechten) Armes zu beschränken oder auch das Experiment absichtlich anstellen will, zu derartigen Erfahrungen geeignetes Material dar. Um die oft wahrhaft erstaunlichen Leistungen elektrischer Behandlung gerade bei traumatischen Leistungslähmungen voll zu würdigen, sind fast noch geeignetere Objecte jene (verhältnissmässig seltenen) schwersten, ganz veralteten und seit Jahren stationär gebliebenen Fälle, in denen es zu höchsten Graden der Abmagerung, der Ernährungsstörung in den gelähmten Theilen und oft auch zur Ausbildung consecutiver Deformationen (Verkrümmungen der Hände und Füsse u. s. w.) gekommen ist; Fälle, wie man sie unter Anderem auf Grund schwerer Schussverletzungen, Maschinenverletzungen u. s. w. antrifft, die ganz und gar den Eindruck absoluter Unverbesserlichkeit machen, und in denen dennoch bei geduldig sorgfältiger Behandlung, unter Aufwendung von viel Zeit und Mühe, Vornahme jedes einzelnen Muskels, Verbindung mit methodischen Uebungen, Massage u. s. w. geradezu überraschende, oft wahrhaft glänzende Resultate erzielt werden. Dass die Elektricität einen apoplectischen oder myelitischen Herd günstig beein-

flussen könne, wie *Möbius* ironisch bemerkt, bezweifle Verf. freilich auch, und er enthält sich bei der Unbekanntschaft der centralen Wirkungsweise in solchen Fällen jedes elektrischen Eingriffs in loco morbi, in Form der sogenannten centralen Applicationsmethoden. Allein es ist doch nicht abzusehen, warum nicht die peripherische Elektrisation, vor Allem die Muskelfaradisation, vielfach nützlich sein sollte bei cerebralen apoplectischen Lähmungen, wie auch bei poliomyelitischen Lähmungen und spinalen Amyotrophien, wie sie sich denn hier in zahlreichen Fällen thatsächlich als wirksam bewährt hat, um der Ausbildung paralytischer Contracturen und Deformitäten entgegen zu arbeiten, die Ernährung der gelähmten Theile zu bessern, Circulation und Wärmebildung in denselben anzuregen, die Inactivitätsatrophie der Muskeln durch elektrische Gymnastik und Massage thunlichst zu verzögern. — *Möbius* sagt mit gar zu schroffem Ausdruck: „Lähmungen durch Zerstörung der centralen Nervenelemente heilen überhaupt nicht.“ Insofern dieser Satz gegen die Verwendung der Elektrotherapie bei dergleichen Lähmungen, also z. B. bei den apoplectischen Hirnlähmungen, in's Feld geführt werden soll, lässt sich darauf einfach erwidern: „aber erfahrungsgemäss erlangt doch eine ziemlich grosse, vielfach sogar die grössere Zahl apoplectischer Hemiplegiker eine immerhin leidliche Gebrauchsfähigkeit ihrer gelähmten Gliedmassen wieder; und das Mehr oder Weniger dieser Gebrauchsfähigkeit hängt eben wesentlich mit von der rechtzeitigen und ausdauernden Anwendung des elektrischen Stromes ab.“

(Schluss folgt.)

Literatur.

429. ***Ueber Kraniotomie.*** *Von Dr.* ***Joh. Bársony.*** *Mittheilung aus der ersten geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik des Prof. v. Kézmárszky in Budapest. Angezeigt von Prof. Dr. E. Heinrich Kisch in Prag-Marienbad. (Arch. f. Gyn. XLI. Bd., Heft 3. Berlin 1891, Verlag von A. Hirschwald.)*

In der vorliegenden, der Universitäts-Frauenklinik des Professor *Kézmárszky* in Budapest entstammenden Abhandlung behandelt der Assistent Dr. *Bársony* in eingehender kritischer Weise und gestützt auf das klinische Material der daselbst vollführten 46 Kraniotomien diese Operation, namentlich auch um das in der letzten Zeit so vielfach ventilirte Thema von dem Verhältnisse der Perforation zum bedingten Kaiserschnitte zu erörtern. Die glänzenden Erfolge der neuesten Operationen auf diesem Gebiete haben bekanntlich die Fragestellung zur mannigfaltigen Erwägung gebracht, ob der Kaiserschnitt in solchen Fällen vorzunehmen sei, wo der Gebärcanal genügend weit ist, um den verkleinerten Schädel durchzulassen, der Durchtritt des unverkleinerten Fötus hingegen unmöglich ist; ob daher die bedingte Anzeige des Kaiserschnittes immer berechtigt oder ob die Perforation vorzuziehen sei. Der Verf. skizzirt nun die 46 auf der *Kézmárszky*'schen Klinik vorgenommenen Perforationen, welche sich derart gestalteten, dass diese Zahl auf 11.388 Geburten entfiel, also auf 247·5 Geburten eine Perforation, das ist 0·40 Procent. Die Erklärung dieses geringen Procentsatzes ist in dem selteneren Vorkommen enger Becken in Budapest gegeben. Gestorben sind 8 Fälle = 17·3 Procent.

Die bezüglichen Krankengeschichten werden eingehend mitgetheilt und es ergibt sich, dass die Todesursache viermal vor der Operation Zerreissung der Gebärmutter war, viermal Sepsis, aber auch von diesen letzteren sind drei Fälle abzurechnen, weil die Infection hier schon vor der Operation durch Fieber und stinkenden Ausfluss angedeutet war, so dass also auf Rechnung der Operation 1 Fall bleibt = 2·1 Procent Sterblichkeit und auch dieser Fall bei Placenta praevia. Der Verf. gelangt, die acht Todesfälle betrachtend, zu der Ueberzeugung, dass in der gegenwärtigen antiseptischen Zeit eine nicht verspätete Kraniotomie eine ungefährliche Operation sei, und dass bei richtiger Wahl des Zeitpunktes der Operation, antiseptisch vorgegangen, die Sterblichkeit in der Zukunft auf 0 Procent heruntergebracht werden wird. Da aber bei dieser Operation selbstredend jede Frucht stirbt, so ist mit Rücksicht auf die gegenwärtig so schönen Erfolge des Kaiserschnittes, namentlich bezüglich der lebenden Frucht, die Discussion begreiflich, welche theils die Perforation beibehalten wissen will, theils für den bedingten Kaiserschnitt Stellung nimmt. Verf., der dies hier gleich bemerkt, die Anschauung der *Kézmárszky*'schen Klinik nach der ersten der beiden genannten Richtungen mit aller Entschiedenheit betont, führt die Anschauungen der hervorragendsten Autoren in übersichtlicher Zusammenstellung an, so von *Scanzoni, Spiegelberg, Merkel, Thorn, Zweifel, Schröder, Praeger, Leopold, Credé, Wyder, Braun* und *Herzfeld, Winckel, Fehling, Dührssen, Löhlein, Essers, Veit, Piskáček, Sänger, Fritsch, E. Boerner* u. m. A. und kommt schliesslich zur Beantwortung folgender Fragen:

1. Kann unter den bedingten Anzeigen des Kaiserschnittes der Entschluss der Mutter bestehen? Verf. glaubt, dass es nicht angezeigt sei, diesbezüglich den Wunsch der Mutter oder ihrer Umgebung einzuholen, sondern hält für allein richtig, die Lage durch wissenschaftlich-ärztliche Berathung gewissenhaft zu erwägen und sich auf solche Art für diese oder jene Operation zu entscheiden.

2. Gehört auch der Kaiserschnitt wie die Kraniotomie der allgemeinen Praxis an, oder bildet er eine klinische Operationsmethode? Gegenüber der Meinung *Sänger's*, welcher von den praktischen Aerzten die Vornahme des Kaiserschnittes ebenso wie der übrigen geburtshilflichen Operationen verlangt, stellt Verf. den Satz auf: „Aus bedingter Anzeige kann der Kaiserschnitt nur als klinische Operation bestehen, für die grosse Praxis bleibt die Perforation“ und ist mit *Winckel, Wyder* und *J. Veit* der Ansicht, dass, wenn erst ausserhalb gut geleiteter Anstalten der Kaiserschnitt häufiger vorgenommen wird, auch bald wieder die alte hohe Mortalität dabei erreicht wird.

3. Soll die Perforation der lebenden Frucht aus der klinischen Praxis gestrichen werden? Durch abwägenden Vergleich der Sterblichkeitsstatistiken charakterisirt Verf. das Verhältniss der beiden in Rede stehenden Operationen so, „dass die zur Zeit vollführte Kraniotomie die Mutter sicher rettet, hingegen der zur Zeit vollführte Kaiserschnitt sie nur mit Wahrscheinlichkeit am Leben erhält (das günstigste Ergebniss des Kaiserschnittes sind bis jetzt 8·6 Procent Todesfälle); die verspätete, doch momentan angezeigte Perforation wird mit der grössten Wahrscheinlichkeit, ja Bestimmtheit, die Mutter erhalten, der Kaiserschnitt aber, verspätet angewendet, hat so ziemlich sicher den Tod der Mutter zur Folge.“ Verf. kommt also zum Schlusse, „dass die Perforation der lebenden Frucht heute noch auf keinen Fall aus der Reihe der geburtshilflichen

Operationen gestrichen werden kann, sondern vielmehr unentbehrlich ist, und dass ihr gegenüber keineswegs der bedingte Kaiserschnitt in dem Grade berechtigt ist, wie dies Viele behaupten".

Den Standpunkt der Klinik des Prof. *Kézmárszky* fasst schliesslich der Verf. in Folgendem zusammen: Im Allgemeinen kommen in der dortigen Klinik wenig enge Becken vor. Unter den engen Becken, die auf dieser Klinik vorkommen, trifft sich höchst selten eines, das unter den zweiten Grad zu stehen kommen würde. Gegenüber den engen Becken ersten und zweiten Grades verhält sich diese Klinik abwartend und nur ausnahmsweise kommt die Wendung oder die Zange in Anwendung. Bei Gefahr der Mutter wird die Frucht im Interesse der Mutter perforirt und für die nächste Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt in Empfehlung gebracht.

430. ***Die Influenza-Epidemie 1889—1892.*** *Von Dr.* ***Jacob Wolff,*** *prakt. Arzt in Berlin. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1892.*

Verf. hat es sich zur Aufgabe gestellt, die verschiedenen Symptome der Influenza von einem einheitlichen Gesichtspunkte aus zu beleuchten und den inneren Zusammenhang der vielen Complicationen mit der Influenza nachzuweisen. Das aber hinderte nicht, zunächst das Geschichtliche der Krankheit zu verfolgen und an der Hand der gebotenen Literatur kritisch vorzugehen. Dadurch ist viel Interessantes zu Tage gefördert, von 412 vor Christi, hauptsächlich aber vom 12. Jahrhundert an bis in die allerneueste Zeit. Der Unterschied zwischen Dengue und Influenza wird klargelegt und alsdann der Gang der Epidemie über die Erde unter genauer Angabe der Literatur und nach eigenen Zusammenstellungen erörtert. — Die Frage über die Art der Verbreitung der Influenza löst der Verf. nach eingehender Kritik der Hypothesen, ob die Krankheit miasmatisch oder contagiös oder beides zugleich sei, indem er sich für die Contagiosität entscheidet. In Bezug auf die Aetiologie kommt Verf. nach eingehender Sichtung des darüber Veröffentlichten zu der Annahme, dass ein eigentlicher specifischer Krankheitserreger nicht hat gefunden werden können; doch ist so viel klar, dass das Blut als Untersuchungsobject zu dienen habe. In diesem fanden *Pfeiffer* und *Canon* einen Bacillus, der allerdings vielerlei für sich hat als Krankheitserreger. — Ein eingehendes Capitel bespricht die Statistik der Influenza und kommt zu dem Resultate, dass die jüngste Epidemie zu den bösartigsten gehört, Personen von 20—40 Jahren am meisten befiel und für Greise sehr gefährlich war. Er theilt sie ein in nervöse, catarrhalische und gastrische. Das Capitel über Complicationen stellt obenan die Pneumonien, dann folgen Pleuritiden, dann Tuberculose, Pericarditis, Peritonitis. Das Blut, welches der Verf. als Sitz der Krankheit annimmt, bildet leicht Capillarthrombosen und die Lungen sind wegen ihres sehr ausgebreiteten Capillarnetzes besonders günstig für derartige Thrombosen. Die zerstörten rothen Blutkörperchen geben Körnchenmassen und diese die Thromben, Pneumonien, ausgebreitete Necrosen, Pyämie! Urobilin im Urin soll charakteristisch sein für Influenza, Bilirubin soll aber trotz des häufigen Icterus nicht gefunden werden. Bei allen Kranken soll nach *Frankenhauser* Zucker gefunden werden und *Fischl* fand sehr oft 2·5% Zucker nach Ablauf des Fiebers. Die Lungencomplicationen zeigen sich als Hyperämie, Lungencongestion, embolische Processe und embolisch-entzündliche. Als Complicationen des Verdauungstractes zeigten sich schwere Darmentzündungen, Leberentzündung, Peritonitis und endlich Parotitis.

Das Circulationssystem betheiligte sich meist in Verbindung mit anderen Affectionen als Herzschwäche durch Einfluss des Virus auf den Vagus, durch Verlangsamung des Pulses, ferner als Embolien, als Pericarditis, Pneumonie. Das Urogenitalsystem betheiligt sich als Functionsstörungen der Nieren, Nephritis (Kapseln ausgedehnt und mit zelligen Massen ausgefüllt, *Leyden*), als Orchitis, Epididymitis, allgemeine Hyperämie bei Menstruation. Das Nervensystem ist sehr betheiligt, und zwar direct die Nervencentra (Hirn, Rückenmark, tonische Centra, vitale Centra). Das Auge ist von vorübergehenden conjunctiven Keratitiden, Glaucom, embolischer Iridocyclitis, Neuritis optica, Oculomotoriuslähmung, Accommodationsparesen befallen. Das Ohr kann von leichtestem Catarrh, der einzelne Theil bis zur schwersten Otitis befallen sein. — So schildert der Verf. in eigenen Capiteln den Einfluss der Influenza auf andere Krankheiten und schildert endlich Prophylaxe und Therapie, die leider zeigen, wie wenig noch Feststehendes gewonnen; Eines wäre sehr wichtig, die Desinfection der Secrete. Das Buch ist übersichtlich und, ohne weitläufig zu sein, sehr eingehend geschrieben. Es ist sehr zu empfehlen.

Hausmann, Meran.

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

431. ***Weitere Mittheilungen über den Diabetes mellitus nach Pancreasexstirpation.*** *Von Dr. **Minkowski**. Vortrag, gehalten im naturwissenschaftlich-medicinischen Verein von Strassburg. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 13.)*

Ein Diabetes mellitus schwerster Form tritt bei Hunden ausnahmslos ein, wenn das Pancreas vollständig entfernt ist und die Thiere lange genug den operativen Eingriff überstehen. Ausser bei Hunden hat Verf. das Auftreten des Diabetes auch bei einer Katze und bei einem Schwein beobachtet. Bei letzterem musste ein kleines, hinter der Pfortader gelegenes Stückchen der Drüse zurückgelassen werden; es trat daher nur ein Diabetes leichter Form auf, wie er nach dem Zurücklassen von kleinen Pancreasstücken auch bei Hunden beobachtet werden kann. Bei Kaninchen ist die vollständige Entfernung des Pancreas wegen der anatomischen Verhältnisse nicht ausführbar. Bei Vögeln tritt ein Diabetes nach der Entfernung des Pancreas nicht auf. Bei Hunden kann die Zuckerausscheidung nach vollständiger Pancreasexstirpation die denkbar höchsten Grade erreichen; der gesammte in der Nahrung eingeführte Zucker kann in den Harn übergehen. Im Hungerzustande und bei Fleischkost steht auf der Höhe des Diabetes die ausgeschiedene Zuckermenge zu der Stickstoffmenge in dem constanten Verhältnisse von 2·7—2·8 : 1. Wahrscheinlich entspricht diese Zahl auch dem Verhältniss, in welchem Zucker aus Eiweisssubstanzen im Organismus gebildet werden kann. Die Intensität der Zuckerausscheidung nimmt kurz vor dem Tode oder bei intercurrenten Erkrankungen wieder ab. Dieses beruht nicht auf einem vicariirenden Eintreten anderer Organe, sondern, wie es scheint, auf einer Abnahme der Zuckerbildung und einer Zersetzung des Zuckers unter pathologischen Einflüssen. Die Angaben von *Reale* und *de Renzi* über das Auftreten von Diabetes nach Exstirpation der Speicheldrüsen kann Verf. nicht bestätigen. Bei fünf Hunden fand auch er nach Speicheldrüsenexstirpation Zucker im Harn, aber die Glycosurie war geringfügig vorübergehend und inconstant.

Sie hing von Nebenumständen ab und hatte mit der Function der Speicheldrüsen nichts zu thun. Als denselben Hunden auch das Pancreas exstirpirt wurde, unterschied sich der Diabetes, welcher jetzt eintrat, in keiner Weise von dem Diabetes nach einfacher Exstirpation der Bauchspeicheldrüse. Die Speicheldrüsen nehmen also an der Function des Pancreas bei dem Zuckerverbrauche nicht Theil. Diese Function ist für das Pancreas durchaus specifisch. Hieraus folgt aber nicht, dass jede Glycosurie auf Functionsstörungen des Pancreas zurückgeführt werden muss. Es kann Zucker in den Harn übertreten, ohne dass überhaupt eine primäre Störung des Zuckerverbrauchs vorliegt, so z. B. bei dem Phloridzindiabetes. Letzterer hat mit dem Pancreas nichts zu thun; er tritt auch bei Thieren auf, welche nach der Pancreasexstirpation nicht diabetisch werden, z. B. bei Vögeln; bei Hunden, welche nach Entfernung des Pancreas diabetisch geworden sind, kann durch Phloridzin noch eine weitere Steigerung der Zuckerausfuhr bewirkt werden; ausserdem ist beim Phloridzindiabetes der Zuckergehalt des Blutes nicht erhöht, sondern erniedrigt. Der Phloridzindiabetes kommt überhaupt nur durch Beeinflussung der Secretionsvorgänge in den Nieren zu Stande. Exstirpirt man die Nieren, so häuft sich beim Pancreasdiabetes rasch Zucker im Blute an, beim Phloridzindiabetes aber steigt der Zuckergehalt nicht über die Norm. Welches ist nun die Ursache des nach der Pancreasexstirpation auftretenden Diabetes? Es kann sich dabei nur um den Ausfall einer besonderen Function des Pancreas handeln, welcher für den normalen Verbrauch des Zuckers im Organismus unbedingt nothwendig ist. Am deutlichsten beweisen dies Versuche mit Transplantation von Pancreastheilen, welche übrigens auch noch in mancher anderen Beziehung von Interesse sind. Es ist Verf. gelungen, bei mehreren Hunden Stücke vom Pancreas unter der Bauchhaut zur Einheilung zu bringen und dadurch das Auftreten des Diabetes nach der vollständigen Entfernung des Pancreas aus der Bauchhöhle zu verhindern. Der Diabetes trat erst dann in voller Stärke auf, als die subcutan eingeheilten Pancreasstücke nachträglich wieder entfernt wurden. Es war also möglich, durch eine rasch und leicht ausführbare extraperitoneale Operation, bei welcher nichts Anderes als die Entfernung des Pancreasstückes in Betracht kommen konnte, den Diabetes zu erzeugen. Welcher Art die fragliche Pancreasfunction sei, darüber lassen sich vorläufig nur Vermuthungen aufstellen. Da es nicht wahrscheinlich ist, dass in der Norm sämmtlicher Zucker in das Pancreas hineingelangt, um daselbst umgewandelt zu werden, so muss wohl das Pancreas etwas an den Säftestrom abgeben, was den Verbrauch des Zuckers an anderen Stellen vermittelt. Das kann möglicherweise ein Ferment sein.

Die Untersuchungen von *Lépine* über das sogenannte „glycolytische“ Ferment können aber in dieser Beziehung nicht als beweiskräftig angesehen werden. Das glycolytische Ferment, welches die Zersetzung des Zuckers in dem in vitro aufbewahrten Blute vermittelt, tritt wahrscheinlich erst postmortal in Action. Im lebenden Organismus findet die Zersetzung des Zuckers nicht im Blute, sondern in den Geweben statt. Die Versuche von *Arthus* sprechen dafür, dass die Glycolyse im Blute nur unter den Bedingungen zu Stande kommt, unter welchen die Coagulation des Blutes eintritt. Auch hat Verf. in einem Falle, in welchem subcutan injicirter Zucker vollständig im Harn wieder ausgeschieden wurde, in welchem also ein Zuckerverbrauch im Organismus nicht mehr stattfand, noch eine sehr erhebliche Glycolyse im entleerten Blute nachweisen

können. Die Vorgänge bei der Glycolyse in vitro sind daher nicht identisch mit den Vorgängen bei dem Zuckerverbrauch in vivo. Es ist überhaupt noch verfrüht, eine Theorie der hier in Rede stehenden Pancreasfunction aufzustellen. Erst müssen noch mehr Thatsachen eruirt werden. Sehr auffallend ist das Fehlen des Glycogens in der Leber trotz abnorm grosser Zuckermengen im Blute. Bemerkenswerth ist ferner, dass linksdrehender Zucker auch nach der Pancreasexstirpation noch im Organismus verbrannt werden kann. An diese Beobachtungen könnten zunächst noch weitere Untersuchungen anknüpfen.

Kleine Mittheilungen.

432. ***Ein zweiter Fall von Rotz, geheilt durch Inunctionen.*** *Von* ***Jacob Gold.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 40. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1891. 52.)*

Bei einem 32jährigen Bauer, welcher einige Wochen vorher mit einem leichten Schüttelfrost erkrankt war und der seitdem an Fieber, allgemeinem Unwohlsein, Neigung zu Durchfällen und Schmerzen im rechten Oberschenkel litt, fand sich am letztgenannten Orte ein handtellergrosses, bis in's subcutane Zellgewebe reichendes Infiltrat, ferner ein länglicher Knoten im unteren Theile des Unterschenkels, eine taubeneigrosse Hautverhärtung am linken Oberarm und eine circumscripte fluctuirende Phlegmone um den linken Malleolus externus. Der hier durch eine Incision entleerte Eiter enthielt Rotzbacillen. Die anderen Infiltrate wurden durch Cataplasmen zu schneller Heilung gebracht und dann eröffnet. Vollständige Heilung durch 62 Inunctionen mit grauer Salbe (Dosis nicht angegeben).

433. ***Bandwurmmittel mit Strontium lacticum.*** *Laborde* empfiehlt folgendes Mittel: 8 Grm. Stront. lacticum, 50 Grm. Aq. dest., 5 Grm. Glycerin. Hiervon werden durch fünf Tage zwei Esslöffel voll täglich verabreicht.

(Pharm. Post. 1892. 14.)

434. ***Zur Beseitigung des Juckreizes bei Masern, Scharlach und Windpocken*** empfiehlt als ausserordentlich wirksames Mittel Dr. *R. Klein* (Berlin) das Ungu. Lanolini mit einem Zusatz von 30% Wasser. Die Verschreibung lautet:

Rp. *Lanolini puri anhydrici* *50·0*
Vaselini americ. *20·0*
Aq. dest. *25·0*
Misce terendo. f. unguent. Ds. 3stündl. zur Einreibung.

Bei dem grossen Wassergehalte der Salbe entsteht nach ihrer Verreibung eine starke Verdunstung des suspendirten Wassers und damit eine angenehm wirkende Abkühlung der Hautoberfläche.

(Therap. Monatsh. 1892. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 27.)

435. ***Zur Behandlung der Grippe*** empfiehlt *Walter P. Ellis* (Therap. Gazette. 1891, pag. 811. — Les nouveaux remédes. 1892. 7):

Rp. *Chinini sulfur.*
Salol aa. *0·2*
Phenacet. *0·25*
Fiant pillulae tales Nr. XX.
S. 1—2 Pillen alle 3 Stunden zu nehmen.

—*ch.*

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Aerztlicher Bericht des k. k. allgemeinen Krankenhauses zu Wien vom Jahre 1890. Im Auftrage des hohen k. k. Ministeriums des Innern veröffentlicht durch die Direction dieser Anstalt. Wien 1892. Aus der kaiserlich-königlichen Hof- und Staatsdruckerei.

Bock, Dr. Emil, Vorstand der Abtheilung für Augenkranke im Landesspital zu Laibach, Anatomie des menschlichen Orbitalinhaltes nach Enucleation des Augapfels. Mit 3 lithographirten Tafeln. Wien 1892, Verlag von Josef Šafář.

Borchart, Dr. Bruno, Grundriss der Physik zum Gebrauche für Mediciner. Mit 52 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart 1892, Verlag von Ferdinand Enke.

Bürckner, Dr. Kurt, Professor der Medicin und Director der Universität-Poliklinik für Ohrenkranke in Göttingen, Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Studirende und Aerzte. Mit 136 Holzschnitten nach Originalzeichnungen des Verfassers. Stuttgart 1892, Verlag von Ferdinand Enke.

Helmholz, H. v., Handbuch der physiologischen Optik. Zweite umgearbeitete Auflage. Mit zahlreichen in den Text eingedruckten Holzschnitten. Sechste Lieferung. Hamburg und Leipzig 1892, Verlag von Leopold Voss.

Krafft-Ebing, Freiherr v., o. ö. Professor für Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der k. k. Universität in Wien, Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Eine klinisch-forensische Studie. Siebente vermehrte und theilweise umgearbeitete Auflage. Stuttgart 1892, Verlag von Ferdinand Enke.

Neelsen, Prof. Dr. F., Prosector am Stadtkrankenhause zu Dresden, Grundriss der pathologisch-anatomischen Technik für praktische Aerzte und Studirende. Stuttgart 1892, Verlag von Ferdinand Enke.

Pettenkofer, Max v., Acht Thesen gegen die Münchener Schwemmcanalisation, besprochen von —. (Münchener medicinische Abhandlungen. V. Reihe, 3. Heft.) München 1892, Verlag von J. F. Lehmann.

Port, Dr. med. Conrad, Ueber die Wirkung des Tuberculinum Kochii bei Lupus nach den Beobachtungen an der Münchener chirurgischen Klinik. (Münchener medicinische Abhandlungen. III. Reihe, 2. Heft.) München 1892, Verlag von J. F. Lehmann.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg** in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: **Eugen Schwarzenberg.**
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Erledigungen, ärztliche Stellen etc.

Für den Seebadeort Velden am Wörthersee in Kärnten ist die Badearztesstelle zu vergeben.
Anfragen an das Bürgermeisteramt. 112

// WIENER MEDIZINISCHE PRESSE
XXXIII. Jahrg 1892 Wochenschrift für praktische Aerzte. XXXIII. Jahrg. 1892.

Einzelpreis jedes Heftes: 45 kr. = 75 Pf.

Abonnements-Preise: „Wiener Medizinische Presse“ und „Wiener Klinik“: Inland: Jährlich 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährlich 20 Mark, halbj. 10 Mark, viertelj. 5 Mark. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährlich 24 M., halbj. 12 M. „Wiener Klinik“ separat: Inland jährl. 4 fl., Ausland 8 M. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern u. Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**


Andreas Saxlehner
k. u. k. Hof-Lieferant
Eigenthümer der
Hunyadi János Quelle
Zu haben in allen Mineralwasserdepôts sowie in allen Apotheken.
Als bestes seiner Art bewährt und ärztlich empfohlen
Saxlehner's Bitterwasser
Man wolle ausdrücklich verlangen:
Anerkannte Vorzüge:
Prompte, milde, zuverlässige Wirkung.
Leicht und ausdauernd von den Verdauungs-Organen vertragen.
Geringe Dosis. Stets gleichmässiger und nachhaltiger Effect. Milder Geschmack.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

436. ***Ueber den heutigen Stand der Lehre von der Addison'schen Krankheit.*** *Von* ***Wilhelm Fleiner****, Heidelberg. (Samml. klin. Vortr. N. F. 38.)*

Auf Grund klinischer und pathologisch-anatomischer Beobachtung, sowie unter kritischer Verwerthung seiner eigenen Erfahrungen neben denen der übrigen modernen Autoren glaubt Verf. den Beweis für erbracht halten zu können, dass der ganze *Addison*'sche Symptomencomplex in innigster Beziehung zu den Erkrankungen der Nebenniere stehe. Principielle Unterschiede zwischen denjenigen Fällen von Nebennieren-Erkrankung, welche nur zu gastrointestinalen und nervösen Störungen führen, vielleicht auch noch zu Abnormitäten in der Harnsecretion und zwischen den eigentlichen typischen Fällen von *Addison*'scher Krankheit, welche ausser den genannten Erscheinungen auch noch das charakteristische Bild der Pigmentirung darbieten, existiren seiner Ueberzeugung nach nicht. Gleichwohl hat nur die letztere Gruppe auf die Führung des Namens *Addison's* berechtigten Anspruch. Die Diagnose der *Addison*'schen Krankheit muss bis jetzt zwar noch als Wahrscheinlichkeitsdiagnose gelten, da es noch nicht gelungen ist, Regeln für die Aufstellung derselben zu erbringen; auch bezüglich der Betheiligung dieses oder jenes Theiles des sympathischen Nervensystems an dem ganzen Processe ist noch Vieles im Dunkeln. Verf. glaubt auf Grund positiver Befunde, dass ausser dem Sympathicus auch die Spinalganglien an der Hervorrufung der charakteristischen Hautpigmentirung betheiligt seien. Für alle Fälle hat man in Functionsstörungen der Nebennieren und in pathologischen Veränderungen am sympathischen und cerebrospinalen Nervensystem den Schlüssel gefunden, um manches Räthsel des *Addison*'schen Symptomencomplexes zu lösen. Die Arbeit ist in hohem Grade lesenswerth.

v. Buschman.

437. ***Die objectiven Zeichen der Neurasthenie.*** *Von Dr.* ***Löwenfeld****. (München. med. Abhandl. Heft 21.)*

Von der Ueberzeugung geleitet, dass die Kenntniss der objectiven Zeichen der Neurasthenie Gemeingut aller Aerzte sein oder doch werden sollte, hat Verf. es in vorliegender Arbeit unternommen, diese Zeichen, soweit sie durch die modernen Erfahrungen und Studien als festgestellt gelten können, unter gesonderten Ueberschriften zu besprechen. Als solche objective Zeichen im positiven Sinne führt er an die Allgemeinernährung und das Aussehen, die Injectionsverhältnisse des Gesichtes und der Ohren, concentrische Gesichtsfeldeinschränkung und Pupillenverhalten, motorische Störungen, Sensibilitätsverhalten, Haut- und Sehnenreflexe, mechanische

und elektrische Erregbarkeit der Nerven, elektrischer Leitungswiderstand am Kopfe, Neurosis electrica, Störungen von Stimme, Sprache und Schrift, Functionsstörungen des Circulationsapparates (Neurasthenia cordis seu vasomotoria), Störungen der Magen-, Darmfunctionen, Anomalien der Schweiss-, Speichel- und Thränensecretion und endlich Harnveränderungen. Ein Schlusscapitel ist den Beziehungen der Neurasthenie zur harnsauren Diathese gewidmet. Der Verf. hat sich unter fleissiger Benützung der einschlägigen Literatur und ohne seine eigenen Ansichten in den Vordergrund zu drängen, bemüht, auseinanderzusetzen, welche Gesichtspunkte nicht nur in klinisch-diagnostischer, sondern auch vor Allem in forensischer und gerichtsärztlicher Hinsicht bei Abfassung von ärztlichen Gutachten und Zeugnissen massgebend sein sollen, ohne freilich selbst zu glauben, hiermit die vielfachen, oft sehr verworrenen, in vielen Fällen einander widersprechenden Symptome erschöpft und ein vollkommenes Bild dieser proteusartigen Krankheit gegeben zu haben. Immerhin ist die Arbeit sehr dankenswerth und dem Praktiker, der hauptsächlich in die Lage kommen kann, solche Fälle nach relativ kurzer Beobachtungsdauer endgiltig zu entscheiden, besonders zu empfehlen. *v. Buschman.*

438. ***Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Heufiebers.*** *Von Dr.* ***Josef Szohner****, Visegrad. (Gyogyászat 1892. 10. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 16.)*

Ein 74jähriger Privatier stellte sich am 25. Juni 1891 mit der Klage vor, er verspüre seit sieben Tagen Frost, abwechselnd mit Hitzegefühl und Mattigkeit. Auch wird er von häufigem und intensivem Husten und zeitweiligem Asthma geplagt. Sein Uebel führt er auf eine Erkältung zurück, die er sich anlässlich einer Heuernte in windigem Wetter zuzog. Patient bot Symptome dar, wie wenn er an Influenza litte. Behufs Eruirung des Wesens des Leidens liess Verf. das Nasensecret und Sputum sammeln, um im Hinblick auf die Heuernte nach pflanzlichen Bestandtheilen zu fahnden, die eventuell ein der Influenza ähnliches Krankheitsbild herbeiführen konnten. Erst am vierten Tage der Behandlung zeigten sich in dem consistenteren Secrete der Nase und Bronchien Partikelchen, die sich als von Heu herrührend herausstellten, vier haferkornähnliche, geschwellte Kernchen, die sich als Kerne gewisser Grasarten ergaben. Es handelte sich demnach offenbar um Heufieber. Im weiteren Verlaufe expectorirte Patient noch grössere Körnchen, die als Kleekörner erkannt wurden. Zuweilen fand man im Secrete Stielrudimente. An den Tagen, wo sich solche Partikelchen abstiessen, war das Niessen und das Husten intensiver; später stellte sich eine mehrtägige Erleichterung ein, so dass man annehmen konnte, die in den Luftwegen sitzenden Heutheilchen hätten sich schon abgestossen, bis nicht neuere Hustenanfälle Heubestandtheile zu Tage förderten. Erst nach 12 Wochen kam der Process zum Stillstande. Bezüglich der Therapie war anzunehmen, dass, insolange die Fremdkörper nicht eliminirt werden, von den Heilmitteln blos eine lindernde Wirkung zu erwarten war. Die Behandlung richtete sich demnach vornehmlich gegen das Fieber und die Hustenanfälle. Zu diesem Behufe ordinirte Verf. Morphin mit Antifebrin. Gegen das Niessen wandte er das von *Eichhorst*

so sehr gelobte Schnupfpulver und zur Ausspülung etwa noch in den Nasengängen sitzender Heupartikelchen eine Kochsalzlösung an. Auf diese Medication wurde der Husten seltener und vermochte Patient einige Stunden hindurch zu schlafen. Auch das sonst mässige Fieber verringerte sich. In der sechsten Woche stellte sich Asthma ein, wogegen Ausathmen in verdünnter Luft mit Erfolg angewandt wurde. —r.

439. ***Ueber Albuminurie und Cylindrurie durch Syphilis und Quecksilber.*** *Von* ***Ed. Welander,*** *Stockholm. (Nordiskt med. Ark. 1891. Bd. XXIII. 29.)*

Nach seinen Untersuchungen über den Einfluss der Syphilis auf die Nieren gelangt Verf. zu dem Schlusse, dass Cylindrurie und Albuminurie als Ausdruck von Syphilis in frühen Stadien der Krankheit sehr selten sind. Dagegen entwickelt sich in einem späteren Stadium ohne entdeckbare Ursache eine besondere Form von acuter Nephritis mit Blutkorncylindern, Fettkorncylindern, Detritus u. s. w. zusammen mit papulösen Tuberkeln und Gummata anderer Körpertheile. Beide verschwinden gleichzeitig bei specifischer Behandlung. Kräftige Quecksilberbehandlung veranlasst sehr häufig Cylindrurie, zuweilen auch Albuminurie, die wie die Stomatitis nach der Individualität bald schwerer, bald gelinder ist und meist erst nach längerem (3—4wöchentlichem) Quecksilbergebrauche auftritt. Eiweiss- und cylinderfreier Urin deutet ebensowenig wie gesundes Zahnfleisch darauf hin, dass nur unbedeutende Quecksilbermengen resorbirt sind; nur die Bestimmung des Hg-Gehaltes im Harn und Fäces gibt darüber sichere Auskunft. Hier sind individuelle Verhältnisse massgebend, die für Stomatitis und Cylindrurie nicht dieselben sind. In der Regel hält die Albuminurie ex hydrargyro nur einige Tage, die Cylindrurie nur einige Wochen an.

Th. Husemann.

440. ***Klinische Untersuchungen über die Zahl der corpusculären Elemente und den Hämoglobingehalt des Blutes.*** *Von Dr.* ***Carl Sadler,*** *k. u. k. Regimentsarzt. Aus der medicinischen Klinik des Prof. R. v. Jaksch in Prag. Separatabdruck aus Fortschritte der Medicin. 1892.*

Auch aus dieser sorgsamen und für die Würdigung der Bestimmung der rothen und weissen Blutkörperchen, sowie des Hämoglobingehaltes des Blutes als diagnostisches Hilfsmittel wichtigen Arbeit wollen wir die wichtigsten, den Untersuchungsresultaten entnommenen Schlussfolgerungen mittheilen. Diese letzteren lauten im Wesentlichen: Die Zahl der rothen Blutkörperchen vermindert sich, wenn auch meist nicht sehr bedeutend, im Verlaufe der acuten Krankheiten. Diese Verminderung kann hochgradig werden bei chronischen Erkrankungen, besonders bei solchen, welche eine Kachexie zur Folge haben. In allen diesen Fällen ist auch der Hämoglobingehalt vermindert, meist mehr als er der Verminderung der rothen Blutkörperchen entspricht. Eine Ausnahme machten die Tuberculose und die Herzklappenerkrankungen. Es gibt Fälle von Chlorose, bei denen durch lange Zeit die Zahl der rothen Blutkörperchen normal bleibt, während der Hämoglobingehalt bedeutend vermindert erscheint. Im Gegensatze hierzu stehen alle Fälle von Anämie, wo neben Verminderung des Hämoglobin-

gehaltes stets eine hochgradige Abnahme der Zahl der rothen Blutkörperchen besteht. Die hochgradigste Verminderung beider findet sich bei der Anaemia essentialis. Eine beträchtliche Vermehrung der rothen Blutkörperchen, sowie auch eine solche des Hämoglobingehaltes konnte als Ausdruck einer Eindickung des Blutes constatirt werden in Fällen mit acut auftretenden, sehr profusen Diarrhoen, auch mitunter bei manchen Fällen von Typhus abdominalis. Eine Verminderung der weissen Blutkörperchen findet sich bei Malaria. Eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen besteht unter physiologischen Verhältnissen bei der Verdauung. Ferner besteht Leucocytose im Wochenbette; unter pathologischen Verhältnissen vor Allem bei jenen acuten Erkrankungen, bei denen eine Exsudation stattfindet, so bei der Pneumonie, Pleuritis, Peritonitis, Pericarditis, Meningitis, Polyarthritis, doch kann die Leucocytose hier auch fehlen. Es hängt dies wahrscheinlich von der Art des Exsudates, ob dasselbe serös, fibrinös, serös-eiterig, fibrinös-eiterig oder rein eiterig ist, ab. Typhus abdominalis geht ohne Vermehrung der weissen Blutkörperchen einher. Bei Lungentuberculose fand sie sich nur während der Reaction nach *Koch*'schen Injectionen. Bei den Carcinomen fand sich nicht einmal in der Hälfte der Fälle Leucocytose. Bei den untersuchten Lymphadenitiden auf tuberculöser Basis fehlte die Leucocytose. Prof. *Kisch.*

441. ***Ueber eine besonders schwere Form von Folgezuständen nach Gehirnerschütterung und über den vasomotorischen Symptomencomplex bei derselben im Allgemeinen.*** *Von Dr.* ***Friedmann****, Mannheim. (Arch. f. Psych. Bd. XXIII, pag. 250—267. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psych. 1892. 5.)*

In zwei Fällen, bei einem 27jährigen Mann und einer 30jährigen Frau, wurde nach mässiger Erschütterung des Kopfes folgender schwere Symptomencomplex beobachtet: 1. Lähmung von Gehirnnerven, 2. Paroxysmen von Kopfschmerz und Schwindel, 3. allmälige psychische Beeinträchtigung, 4. Eintreten meningitisähnlicher Attaquen. Im ersten Fall Exitus letalis in einem acuten Anfall 11 Monate nach der Verletzung, im zweiten Fall Exitus 5 Tage nach Trepanation, welche in der Annahme, dass es sich um eine Splitterung der Glastafel mit Meningitis handle, gemacht worden war. Mikroskopische Untersuchung nur im ersten Fall. Es wurden keine groben Zerstörungen, sondern nur geringere, aber diffuse Veränderungen am Gefässsystem gefunden; excessive Hyperämie und Blutaustritte, lacunäre und aneurysmatische Erweiterung des Lumens, Ausdehnung der Gefässscheide und Erfüllung mit Blutpigment und Rundzellen, Adventitiazellenwucherung, hyaline Entartung der Wände. Verf. kommt zu dem Resultat: „Wenn irgend ein Gehirntrauma zu diffusen Veränderungen in dem Organ führt, so ist es in erster Linie das Gefässsystem, welches in morphologisch kenntlicher Weise ergriffen wird.“

442. ***Beitrag zur Kenntniss der idiopathischen Herzmuskelerkrankungen.*** *Von Dr.* ***L. Krehl.*** *Aus der med. Klinik zu Leipzig. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVIII, Heft 3 u. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 11.)*

Die bei starken körperlichen Anstrengungen und Excessen in der Ernährung eintretenden idiopathischen Herzhypertrophien

sind ihrer Entstehung und der Art ihres Ausganges nach unaufgeklärt. Schwere Muskelanstrengungen erhöhen sicher zeitweise die Ansprüche an das Herz; die quantitativen Verhältnisse variiren und sind dunkel; der Organismus besitzt Vorrichtungen, welche solche Steigerungen der Herzarbeit möglichst gering gestalten. Ein Einfluss körperlicher Arbeit auf Entstehung einer Herzhypertrophie ist unleugbar, ein directes Abhängigkeitsverhältniss jedoch nicht vorhanden. Letztere bleibt oft aus; man muss bestimmte, ungekannte Momente annehmen, die ihr Zustandekommen beeinflussen. Eine gewöhnliche Arbeitshypertrophie liegt bei Hypertrophien dieser Art nicht vor, denn sie bilden schwere, oft tödtliche Affectionen des Herzens. — Zur Klärung der Frage, warum gerade dieser hypertrophische Herzmuskel zur Insufficienz neigt, und um die Beziehungen von Veränderungen an Muskelfaser und Zwischensubstanz zur Functionsstörung zu eruiren, untersuchte Verf. mit eingehender Methode 9 Herzen von Kranken, welche typische Fälle obiger Erkrankung gewesen waren. Er fand in allen anatomische Veränderungen, neben frischen Infiltrationen des Pericards, mehr oder weniger ausgebreitete Degenerationserscheinungen an den Kernen und Veränderungen der quergestreiften Substanz, dann interstitielle Processe älteren und häufig jüngeren Datums, Bindegewebsvermehrung um die Gefässe herum, inselartige Schwielen und diffuse Sclerose, ferner peri- und endarteritische Vorgänge an den Kranzgefässen. Hier beruhte die Insufficienz also auf einer chronischen, ätiologisch dunklen, vielleicht infectiösen, kaum aber auf den Alkohol zu beziehenden Entzündung des Herzmuskels. — Klinisch mahnt dies zu einer ernsteren Auffassung auch leichter Störungen dieser Art.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

443. ***Ueber Salipyrin (Riedel).*** *Von Dr. Witting. (Allg. med. Central-Ztg. 1892. 13.)*

Verf. hat das Salipyrin in 80 Fällen theils leichter, theils schwerer Influenza angewendet, findet jedoch im Gegensatze zu anderen Autoren, dass das Mittel zu langsam wirkt, erst in 24—36 Stunden lassen die quälenden Erscheinungen nach. Verf. gab Erwachsenen 6·0 pro die, den Tag zu 13 Stunden gerechnet, davon wurden die ersten 3·0 in halbstündigen Pausen jedesmal zu 1·0 gereicht, unangenehme Nebenwirkungen traten allerdings in keinem Falle auf. Verf. gibt dem Natriumsalicylat nach seinen schon in der Influenzaepidemie vor zwei Jahren gemachten Erfahrungen den Vorzug. In 6—12 Stunden sind die quälenden Symptome verschwunden. Die eventuell auftretenden unangenehmen subjectiven Nebenerscheinungen des Ohrensausens und Klingens nehmen die Pat. gern hin, wenn sie nur Besserung, respective Heilung der Kopfschmerzen, Kreuz- und Gliederschmerzen in relativ kurzer Zeit sehen. Ein weiterer Vorzug des Natr. salicyl. vor dem Salipyrin ist der bedeutend billigere Preis des ersteren. Zum Schlusse

bemerkt noch Verf., dass ihm in 3 Fällen von Gelenkrheumatismus — 1 langandauernden acuten und 2 chronischen —, in denen Natr. salicyl., respective Salol versagte, Salipyrin gute Dienste geleistet hat. *—sch.*

444. ***Heidelbeerblätterthee bei Diabetes mellitus.*** *Von Dr.* ***Weil,*** *Berlin. (Blätter f. klin. Hydrother. 1892. 3.)*

Verf. berichtet über auffallende Besserung eines Zuckerkranken durch den Thee von Heidelbeerblättern. Bei einem Telegraphenbeamten in Berlin betrug der Zuckergehalt im Harn im Jahre 1890 2 Procent, derselbe stieg im März bis 6 Procent und erhielt sich bis Juli auf gleicher Höhe. Als der Patient von diesem Monate angefangen zur reinen Fleischkost überging, sank der Zuckergehalt Anfangs August auf 4·62 Procent. Auf Rath eines Bauern nahm nun Pat. täglich 1 Liter Heidelbeerthee in zwei Portionen à $^1/_2$ Liter, hielt aber sonst auch strenge Diät. Darauf sank der Zuckergehalt am 18. August auf 1 Procent, am 6. September auf 0·0 Procent, am 30. September auf 0·0 Procent, am 4. December auf 0·01 Procent und Ende Januar auf 1·017 Procent. Die Mattigkeit verlor sich, die Arbeitskraft nahm wieder zu, das Aussehen besserte sich vollständig und der Pat. genoss in letzter Zeit wieder mehlhaltige Kost, im Laufe des Tages à 50 Grm. Die letzte Analyse des Urins Ende Januar 1892 ergab 1·617 Procent. Er hatte die letzten 7 Wochen nicht mehr strenge Diät gehalten, hatte täglich aber Weissbrod, Grahambrod, Reis, Linsen, Erbsen, zusammen $^1/_2$ Pfund pro Tag, ausserdem täglich 1—2 Gläser Pilsner oder Gräzer Bier genossen. Trotzdem ist sein Befinden und Aussehen vortrefflich, er arbeitet wie früher, ohne Beschwerden und seine Stimmung ist gut. Die Blätter sollen vor Reife der Beeren gepflückt werden, zwei Hände voll Blätter sollen mit 2 Liter Wasser auf die Hälfte eingekocht werden. Verf. enthält sich aller therapeutischen Hypothesen und berichtet nur die einfachen Thatsachen. Das Mittel ist in Bauernkreisen bekannt und soll Manchem geholfen haben. Weitere Versuche sind wünschenswerth. *O. R.*

445. ***Eine Lösung von Kalium hypermanganicum als das wirksamste Antidot der acuten Phosphorintoxication.*** *Von* ***Hajnos.*** *(Pest. med.-chir. Presse. 1892. 9. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 20.)*

Angeregt durch die experimentellen Versuche von Dr. *J. Antal*, der an Thieren eine Lösung von Kalium hypermanganicum als das wirksamste Antidot der acuten Phosphorintoxication empfiehlt, wandte Verf. in zwei Fällen das Mittel an, und theilt er dieselben in Folgendem mit: 1. Ein 19jähriger Anstreicher trank am 23. December 1891, Nachmittags 2 Uhr, eine Lösung von Phosphor (zwei Päckchen Schwefelhölzchen) und ward allsogleich durch die Rettungsgesellschaft in's Rochusspital gebracht. Nach Ausspülung des Magens führte Verf. eine halbe Stunde nach der Vergiftung in den Magen 500 Grm. einer $^1/_{10}$procentigen Kalium hypermanganicum-Lösung ein, die darin belassen wurde. Weder vor, noch nach der Application erbrach Patient, ja selbst die eingeführte Lösung führte keinen Brechreiz herbei. Von Schmerzen oder irgend welchen Unannehmlichkeiten keine Spur. Da sich Patient am darauffolgenden Tage wohl fühlte, so wurde er entlassen. Ueber den weiteren Ver-

lauf hat Verf. keine Kenntniss. 2. Am 25. December 1891, Nachmittags 5 Uhr, löste ein Gärtner fünf Päckchen Zündhölzchen in zwei Deciliter Rum und trank die Lösung. Auch in diesem Falle transferirte man den Patienten rasch in's Spital. Patient tobte und liess Niemand an sich heran. Es lag offenbar auch acute Alkoholintoxication vor, herbeigeführt durch die genossene Rummenge. Unter solchen Umständen konnte man die Schlundsonde nur so einführen, dass man Patient mittelst starker Gurten an's Bett fixirte, und hernach den Mund mittelst eines Dilatators offen hielt. Behandlung wie im ersten Falle. Nach einer halben Stunde erbrach Patient einen Theil der Lösung. Hierauf beruhigte sich der Kranke einigermassen und schlief nach einer halben Stunde ein. Am nächsten Morgen bestand noch geringer Brechreiz, doch das Mittagsmahl verzehrte er schon mit Appetit. Nach einigen Tagen verliess er geheilt das Spital. — In beiden Fällen vermochte man das Mittel rasch anzuwenden und übte es auch seine volle Wirkung aus.

446. ***Zur Behandlung der exsudativen nicht eiterigen Pleuritis mit Salicylpräparaten.*** *Von Dr.* **H. Köster**, *Gothenberg. (Therap. Monatsh. 1893. 3. — München. med. Wochenschr. 1892. 16.)*

Den sich in neuerer Zeit mehrenden Beobachtungen von günstiger Wirkung der Salicylsäure bei der serösen Pleuritis fügt Verf. weitere hinzu. Er gibt die Salicylsäure selbst in Dosen von 1 Grm., das Natronsalz in Dosen von 1·5 Grm. 3—4mal täglich. Das Natronsalz scheint besser vertragen zu werden. Seine Beobachtungen erstrecken sich auf 32 Fälle mit 27 Fällen von primärer seröser Pleuritis (ohne nachweisbare Lungenerkrankung) und 5 Fälle von secundärer Pleuritis bei nachweisbaren Lungenveränderungen. Von den 27 Fällen der primären Pleuritis wurden 17 entschieden günstig durch das Präparat beeinflusst; das Fieber schwand nach einigen Tagen und schon nach 2—4 Tagen zeigte sich eine deutliche Verminderung des Exsudates, nach 5—7 Tagen war es in den meisten Fällen vollständig verschwunden. Solche günstige Resultate wurden nicht nur in frischen, sondern auch in älteren Fällen erzielt. In den übrigen 10 Fällen waren die Erfolge der Salicylbehandlung weniger auffallend, obwohl auch hier sich in manchen Fällen eine gewisse Einwirkung nicht verkennen lässt; insbesondere wurde die Urinausscheidung häufig vermehrt. Merkwürdiger Weise zeigte sich auch bei einigen Kranken mit secundärer Pleuritis, dass die Rückbildung des Exsudates unter der Salicylbehandlung zweifellos Fortschritte machte. Die Salicylsäure verdient also in allen Fällen von seröser Pleuritis entschieden versucht zu werden.

447. ***Ueber Arsenlähmungen.*** *Von Dr.* **Marik.** *(Wien, klin. Wochenschr. 1891. — Schmidt's Jahrb. 1892. 3.)*

Verf. schildert im Anschlusse an zwei von ihm beobachtete Fälle die Pathologie der Arsenlähmungen. Die beiden Fälle betreffen zwei zusammen wohnende Damen. Die eine, früher schon stark nervös, erkrankte im August 1890 allmälig mit den Erscheinungen eines heftigen Magendarmcatarrhs, Erythemen der Haut und abwechselnden Hitze- und Kälteanfällen. Dann stellten sich Störungen der Sensibilität ein und Kriebeln, rasende Schmerzen in den Beinen. Urin stark nach Knoblauch riechend. Allmälig

zunehmende Lähmung der Beine, atactische Störungen an Händen und Füssen. Wadenkrämpfe, Zuckungen in den verschiedensten Muskelgebieten. Ganz enorme Abmagerung aller Muskeln des Skelettes, schliesslich Lähmung aller Glieder. Die Sensibilitätsprüfung ergab unregelmässig verbreitete Anästhesien, zum Theile verlangsamte Schmerzempfindung, Veränderungen des Temperatursinns. Die andere, fast zu derselben Zeit erkrankte Dame bot das gleiche Bild in geringerer Intensität, doch überwogen hier die sensiblen Störungen bedeutend die motorischen. Die Aetiologie wurde erst klar, als man in der Wohnung ein ausgestopftes Kaninchen vorfand, das mit einem weisslichen Pulver bestäubt war. Das Thier hatte seinen Platz in einem mit Obst gefüllten Kasten, von dessen Inhalt beide Pat. zu geniessen pflegten. Die chemische Untersuchung des Pulvers ergab arsenige Säure; weitere Nachforschungen stellten fest, dass das Kaninchenfell inwendig mit einer arsenikhältigen Seife eingeschmiert worden war. Auch der Harn der ersten Kranken wurde als arsenhältig nachgewiesen. Die erste Pat. bot einen so schweren Zustand, dass Tage lang der Tod erwartet wurde, genass aber schliesslich vollständig. Unter den Symptomen der Arsenlähmung nehmen die erste Stelle ein die Störungen der Sensibilität in allen Arten, subjectiver oder objectiver Natur. Sie beginnen immer an der Peripherie der Glieder, und zwar zuerst an den Beinen. Nach den sensiblen stellen sich motorische Störungen ein. Sie befallen alle vier Glieder, in der Regel die Beine stärker und früher, als die Arme. Auch sie beginnen immer an den Enden der Glieder und sind in der Regel symmetrisch, doch sind auch Hemiplegien und Monoplegien beschrieben worden. Der Grad der Lähmung schwankt zwischen leichter Parese und vollständiger Paralyse. Nicht selten sind motorische Reizerscheinungen, besonders Krämpfe in den Waden. Contracturen fehlen in schweren und lang dauernden Fällen nie. Das Kniephänomen ist in allen schweren Fällen erloschen, die anderen Reflexe verhalten sich sehr verschieden. Die Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit richten sich nach der Schwere der Lähmung. Entartungsreaction ist mehrfach beschrieben worden. Von den trophischen Störungen ist die hauptsächlichste die Atrophie der gelähmten Muskeln, die constant und immer sehr frühzeitig auftritt, sich gewöhnlich rasch entwickelt und ganz enorme Ausdehnung erreichen kann. Weitere Ernährungsstörungen sind Veränderungen an den Nägeln, Ausfallen der Haare und vor Allem mannigfache Erkrankungen der Haut. Als Secretionsstörungen finden sich Hyperidrosis und Salivation. Im Gebiete des Centralnervensystems finden sich Störungen des Gehörs und des Gesichtes, sonstige Hirnnervenaffectionen aber nicht. Die Respirationsorgane zeigen (abgesehen von Stimmbandlähmungen) dyspnoische Erscheinungen. Einmal wurde ein intensiver Geruch des Athems nach Knoblauch beobachtet Von Seiten der Circulationsorgane besteht meistens Tachycardie mit starkem Herzklopfen. Von Seiten des Verdauungsrohres Magendarmcatarrh. An der Niere ist bis jetzt noch nichts Pathologisches beschrieben worden, doch besteht in der Regel Albuminurie. Der Nachweis von Arsen im Harn wird dadurch erschwert, dass dasselbe häufig nur intermittirend auftritt.

In Bezug auf die Diagnose bei Arsenlähmungen weist Verf. auf die Wichtigkeit der Untersuchung des Harns auf Arsen hin. Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Arsenlähmungen sind noch recht wenig bekannt, da Todesfälle durch Arsen zu den Seltenheiten gehören. Auf experimentellem Wege ist nachgewiesen worden, dass es sich wahrscheinlich um Verlegung zahlreicher Gefässe, namentlich der Capillaren, in Nerven und Muskeln durch das Gift handelt. Diesem Befunde entspricht auch ein von *Eppinger* mitgetheiltes Sectionsergebniss. Er fand in den gelähmten Muskeln chronisch entzündliche Herde, in deren Mitte sich alte capillare Hämorrhagien zeigten. Ausser den Verlegungen sind auch fettige Degenerationen der Gefässe, besonders der Hirngefässe, gefunden worden. Jedenfalls muss nach dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft die Arsenlähmung zur Polyneuritis gezählt werden.

448. ***Zur Behandlung der epidemischen infectiösen Diphtherie.*** *Von Dr. **Wilhelmy**. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 5. — Therap. Monatsh. April 1892.)*

Seit 12 Jahren wendet Verf. mit bestem Erfolge möglichst frühzeitige und energische Aetzung der diphtheritischen Stellen an Mandeln, Gaumenbögen und Rachen mit einer 20procentigen Chlorzinklösung an, eine Methode, welche völlig die durch die Entdeckung des *Löffler*'schen Bacillus aufgestellte Forderung der Zerstörung der auf der Oberfläche der Rachengebilde befindlichen Bacillen erfüllt. Das Chlorzink hat den besonderen Vorzug, dass es nur die bereits inficirten Stellen tangirt, und zwar auch solche, die dem Auge des Untersuchers noch völlig gesund erscheinen, während es mit gesundem Epithel bekleidete Schleimhaut gar nicht angreift. Applicirt wird die Chlorzinklösung mittelst einer 18 Cm. langen, vorn kurz auf der Kante gebogenen Pincette, um welche ein grösseres Wattestück fest umgewickelt ist, wobei weniger Werth auf das Herauswischen der Belege, als auf ihre gründliche Durchtränkung mit der Lösung zu legen ist. Zur Bekämpfung des ziemlich heftigen Schmerzes gibt man nach der Aetzung Eisstückchen, ferner werden Gurgelungen mit Kalkwasser (Aq. Calc. 300·0, Glycerin. 30·0, Ol. Menth. piper. gutt. V) angewandt, ausserdem von vornherein reichliche Dosen von Wein gegeben. Meist nach 3—6 Tagen stiess sich der Aetzschorf ab, sämmtliche Fälle (nahezu 100) während verschiedener, sonst schwerer Epidemien heilten bis auf 1, bei dem versehentlich nur eine 10procentige Chlorzinklösung verwandt war.

449. ***Ueber die subcutane Bluttransfusion.*** *Von Prof. **v. Ziemssen**. Vortrag beim Congress f. innere Med. zu Leipzig. April 1892. (München. med. Wochenschr. 1892. 17.)*

Redner erinnert an die Wandlungen, welche die Anschauungen über den Werth der Bluttransfusion im Laufe der Jahre gemacht haben. Wenn man auch den Erfolg nicht absolut sicher in der Hand hat, so sieht man doch so oft günstige Erfolge, dass man das Verfahren entschieden in geeignet erscheinenden Fällen zur Anwendung bringen soll. In der letzten Zeit hat Verf. das Blut unverändert, direct aus der Vene entnommen, injicirt. Zu diesem Zwecke wird die Vena mediana mittelst Binde comprimirt, eine Hohlnadel in die Vene eingestochen, und nun mit einer Spritze,

die durch einen Schlauch mit der Hohlnadel verbunden ist, das Blut angesaugt und direct unter die Haut eingespritzt. Durch kräftiges Massiren wird dann das Blut vertheilt. Wegen der Schmerzhaftigkeit des Verfahrens ist die Chloroformnarcose anzuwenden. Auf diese Weise hat Verf. über 400 Ccm. Blut in einer Sitzung eingespritzt, ohne, abgesehen von den beträchtlichen Schmerzen, ungünstige Folgen zu sehen. Der Hämoglobingehalt des Blutes steigt in der nächsten Zeit oft beträchtlich, um nach 3—4 Tagen wieder etwas zu sinken, ohne jedoch den früheren niederen Grad zu erreichen. In der letzten Zeit nun ist Verf. mit Rücksicht auf die Schmerzhaftigkeit des Verfahrens zur intravenösen Einspritzung zurückgegangen. Er hat sie in 7 Fällen mit bestem Erfolge angewendet, und es macht zunächst wenigstens den Eindruck, als ob das Verfahren fast ein ideales zu nennen wäre. Bei genügender Vorsicht lässt sich Lufteintritt in die Vena vermeiden. Fibrinferment-Intoxication tritt nur ein, wenn eine kleine Störung bei der Manipulation einen Aufenthalt bewirkt. Dabei zeigten sich aber nie stürmische Symptome, nur ein mässiges Fieber. Auch bei dieser Methode beobachtete man den oben erwähnten Rückgang des Hämoglobingehaltes nach einigen Tagen.

450. ***Ueber die schlafmachenden Wirkungen des Schwefelwasserstoffs.*** *Von Prof.* ***H. Schulz.*** *Vortrag im med. Verein zu Greifswald. 12. März 1892. (München. med. Wochenschr. 1892. 16.)*

Verf. untersuchte, ob Schwefelwasserstoff unter bestimmten Bedingungen schlafmachend wirken könne. Die Versuchsthiere befanden sich unter einer geräumigen Glasglocke, durch welche, mit einer Gasuhr gemessen, eine mit Schwefelwasserstoff in bestimmter Menge gemischte Luft strich. Der Gehalt der Luft an SH_2 durfte nicht über ein bestimmtes Maass hinausgehen. (0·07 Grm. bewirkten Schlaf.) Sonst wurden die Thiere unruhig und stürzten nach kurzem Taumeln asphyctisch zusammen; an der freien Luft erholten sie sich wieder, waren aber noch eine Viertelstunde lang wie berauscht. Bei Thieren, bei denen der Versuch sich nach Wunsch gestaltete, fehlten diese Nachwirkungen. Bei Kaninchen verflossen bis zum Eintritt des Schlafes $^1/_2$ Stunde, bei Hunden im Mittel 54, bei Katzen 60 Minuten. Meist sahen die Thiere zunehmend müde aus, liessen den Kopf hängen, legten sich nieder, um verschieden lange Zeit wie schlafend dazuliegen. Kaninchen vertrugen viel SH_2. Sie wurden somnolent bei 0·27—0·44 Vol. Procent SH_2; Hunde bei 0·07—0·17 Procent; Katzen bei 0·09 bis 0·1 Procent. Der schlafähnliche Zustand wird also durch Einathmen von sehr verdünntem SH_2 herbeigeführt. Als das Wirksame ist nach Analogie der Schwefel anzusehen. Die beschriebenen Versuche geben einen Anhaltspunkt für die Beurtheilung der Wirkung von Sulfonal, Trional, Tetronal. Hier spielt der Schwefelgehalt eine nicht unbeträchtliche Rolle; die genannten Hypnotica spalten Schwefelwasserstoff ab, wenn man sie in einem Kolben mit frischem Leberprotoplasma bei 37° zusammenbringt. Die Reaction scheint am stärksten zu werden, wenn das Protoplasma abzusterben begonnen hat. In der Discussion bemerkt *Löffler:* Nach *Petri* produciren die meisten Mikroorganismen SH_2. Es wäre möglich, dass sie durch denselben hypnotisch wirken und so die soporösen Zustände bei Infectionskrankheiten erzeugen.

451. ***Naphthalin bei Keuchhusten.*** *Von* **Chavernac.** *(Bull. génér. de thérap. 1891. October 3. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 16.)*

Auf eine eigenthümliche Weise ist der Verf. dazu veranlasst worden, das Naphthalin gegen den Keuchhusten zu empfehlen. In Aix herrschte im Winter 1890 eine Keuchhustenepidemie, unter welcher auch sein ältester, 18 Jahre alter Sohn schwer litt, ohne dass irgend ein Mittel half. In dem Lyceum, welches dieser Sohn besuchte, wurden nun eines Tages vom Lehrer der Physik während des Vortrages Naphthalindämpfe entwickelt. Während diese allen Anderen unerträglich waren, hatten sie auf den Sohn des Verf. einen überaus vorzüglichen Einfluss, insofern ein gerade sehr heftiger Hustenanfall momentan sich legte, auch war ihm die Einathmung äusserst wohlthuend. Diese zufällige Entdeckung hat nun Verf. weiter verfolgt. Zunächst wurde sein Sohn in zwei Tagen völlig hergestellt, indem in dem Schlafzimmer desselben jedes Mal Abends ungefähr 20 Grm. verdampft wurden. Dann wandte Verf. das Mittel auch in der Praxis an mit den überraschendsten Erfolgen. Die Patienten waren nach einigen Tagen hergestellt. Das Naphthalin schmilzt leicht und beginnt, wenn in Fluss gerathen, Dämpfe zu entwickeln. Es empfiehlt sich daher die Anwendung desselben in einer Schale, die auf glühenden Kohlen gestellt wird. Man muss sich vorsehen, dass das Naphthalin nicht brennt, weil sonst reizende Dämpfe entstehen. Verf. hält das Mittel übrigens auch für diagnostisch verwerthbar, insofern in zweifelhaften Fällen, wenn nämlich die Möglichkeit eines anderen Lungenleidens in's Auge gefasst werden muss, es ihm sich als entscheidend erwiesen hat, ob die Patienten die Dämpfe gern leiden mochten, oder aber dieselben nicht ertragen konnten. In letzterem Falle lag stets ein anderes Lungenleiden, als Keuchhusten, und besonders Phthise vor. Verf. fordert zu weiteren Versuchen auf.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

452. ***Ueber die Chirurgie der Gallenwege und der Leber.*** *Von* ***W. Körte,*** *Berlin. (Samml. klin. Vortr. N. F. 40.)*

An der Hand von 22 zum Theile recht ausführlichen Krankengeschichten schildert Verf. die moderne Behandlung der Erkrankungen von Leber- und Gallenwegen, wobei allerdings noch mehrere Methoden um den Vorrang streiten. Die angeführten Fälle sind in folgende Gruppen zu sondern: 1. Erkrankungen der Gallenwege. 2. Leberabscess. 3. Subphrenischer Abscess. 4. Leberechinococcen und 5. Leberverletzungen. Der weitaus grösste Theil der Arbeit ist den sub 1 genannten Krankheiten gewidmet, während bei den übrigen Abschnitten eigentlich nur das erwähnt wird, was für diese Art als charakteristisch hervorgehoben werden muss. Ad 1. Hierher gehören 13 Fälle, und zwar 8 Fälle von Cholelithiasis, 2 Fälle von Empyem der Gallenblase, 1 Fall von Carcinoma hepatis und 1 Fall, bei dem die vorgenommene Cholecystotomie keine anatomische Ursache ergab (Hysterie?). Die erstgenannten 8 Fälle wurden mittelst Cholecystotomie mit nachfolgender Naht und Versenkung (ohne künstliche Fistelbildung) behandelt, wobei

5 genasen, 3 aber, die mit Empyem complicirt waren, letal endigten. Die beiden Empyeme wurden durch Incision zur Heilung gebracht, beim Lebercarcinom kam es blos zum Probebauchschnitt. Ad 2. Von 2 Fällen von Leberabscess wurde einer punctirt und genas, der zweite starb ohne Operation. Ad 3. Ein einziger Fall aus eigener Praxis, der, da er auch an Gallensteinen und Verschluss des Gallenganges litt, schon sub 1 angeführt wurde und unter Incision des Abscesses genas. Ad 4. 3 Fälle von Echinococcus der Leber mittelst einzeitiger Operation behandelt, davon 2 geheilt, 1 gestorben an Eiterung der Lebergallengänge. Ad 5. Schusswunden der Leber kamen dem Verf. drei zur Beobachtung, nebst einem Fall von Ruptur der Leber mit tödtlichem Ausgange. Von den Schusswunden gelangten je ein Schuss zwischen Leber und Zwerchfell und einer durch den linken Leberlappen unter Laparotomie zur Ausheilung; ein dritter durch Colon, Magen und Leber gehender Schuss starb nach Laparotomie im Collaps. Die sehr interessanten diagnostischen und therapeutischen Bemerkungen und Winke des Verf., an denen besonders der erste Abschnitt reich ist, können hier nicht näher erörtert werden, verlohnen aber jedenfalls die Lectüre der ganzen Arbeit.

v. Buschman.

453. ***Zur Behandlung des Plattfusses.*** *Von Dr.* ***Zeller.*** *(Württemberg. med. Correspondenzbl. — Der prakt. Arzt. 1892. März.)*

Der Plattfuss pflegt erst Gegenstand unserer Behandlung zu werden. wenn er ein sogenannter „entzündlicher" Plattfuss geworden ist, d. h. wenn er seinem Träger Schmerzen macht. Das Auftreten von Schmerzen ist immer ein Zeichen von der Betheiligung der Knochen an dem Process, die Schmerzen gehen Hand in Hand mit den in den Tarsalgelenken sich abspielenden Veränderungen, den Verschiebungen der Gelenkflächen gegen einander. In der Regel geben die Kranken drei Schmerzpunkte an: der erste liegt an der Innenseite des Fusses hinter der Tuberositas oss. navicul. und entspricht dem Ligam. calcaneo-naviculare, das bei extremer Pronation stark angespannt wird. Der zweite Punkt liegt an der Spitze des Caput tali, gleich weit vom äusseren und inneren Fussrand entfernt auf der Höhe der Dorsalfläche des Fusses und den dritten Punkt findet man aussen am Process. anter. calcanei, wenn man den Finger am vorderen Rand des Malleol. externus eindrückt. Die Behandlung dieses Zustandes hat durch Unterstützung der Bandapparate vor Allem zu verhindern, dass der Fuss abgeplattet werde und nach aussen abweiche. Ein passend gearbeiteter Plattfussstiefel hat oft eine geradezu zauberhafte Wirkung, mit dem ersten Anlegen desselben sind die Schmerzen verschwunden und die Kranken können ungestört ihrem Berufe nachgehen. In schweren Fällen genügt es aber nicht, den Fuss in die Supinationsstellung zurückzuführen. Um diese zu erzwingen, narcotisiren wir nach dem Vorgange von *Roser* den Kranken, können dann leicht dem Fuss die gewünschte Stellung geben und ihn in dieser Stellung durch einen Gypsverband fixiren, den wir 4 bis 7 Wochen liegen lassen. Während dieser Zeit können sich die Gelenkflächen wieder in ihrer normalen Stellung befestigen und man erreicht in der That hierdurch in vielen Fällen einen recht befriedigenden Erfolg. Es bleibt

dann aber immer noch eine Anzahl von Fällen übrig, die auch auf diese Weise nicht zur Heilung gelangen. So lange die Kranken zu Bett liegen, hören zwar die Schmerzen auf, sobald sie dasselbe aber verlassen und die Körperlast wieder auf den Fuss drückt, stellen sie sich wieder ein und bald ist der Zustand nicht viel besser als vor der Anlegung des Gypsverbandes. Daher ist *Landerer* kürzlich in anderer Weise vorgegangen; er behauptet, jeden schmerzhaften Plattfuss durch Massage prompt zur Heilung zu bringen. Es werden diejenigen Muskeln zu kräftigen gesucht, welche anerkanntermassen bei der Stützung und Hochhaltung des Fussgewölbes betheiligt sind, vor Allem der M. tibialis posticus, dann der Triceps und die kurzen Muskeln der Sohlen. Bei diesem im Ganzen wenig befriedigenden Stand dieser Frage war es daher als ein Fortschritt zu begrüssen, als *Trendelenburg* beim Chirurgencongress im Jahre 1889 eine neue Behandlungsart für die schwersten Fälle von Pes valgus angab. *Trendelenburg* ging von Beobachtungen aus, die er an Fällen von schief geheilten Malleolarfracturen gemacht hatte. Dieselben bieten ein ganz typisches Bild, der Fuss ist nach aussen verschoben und steht zugleich in Pronationsstellung. Der Gang ist ein sehr unsicherer und es bestehen Schmerzpunkte im Bereich des Fussrückens, die ganz analog den Schmerzpunkten liegen, welche die Plattfüssigen gewöhnlich angeben. Die Ursache dieser hochgradigen Functionsstörung liegt darin, dass die Stützlinie des Unterschenkels nicht in richtiger Weise auf dem Fussgewölbe aufruht, die Achse des Unterschenkels fällt in ihrer Verlängerung nicht auf die Mitte der Sohle, wie beim normalen Fuss, sondern mehr medianwärts von ihr. Durch quere Osteotomie der Tibia und Fibula dicht oberhalb des Fussgelenkes und Fixirung des Fusses in richtiger Stellung durch einen Gypsverband erreicht man leicht die völlige Beseitigung dieser Difformität. Ganz ähnliche Verhältnisse findet man auch beim Plattfuss. Auch hier geht die Achse des Unterschenkels an der Mitte der Planta vorbei und trifft nahezu den inneren Fussrand. Es lag daher nahe, auch beim Plattfuss durch supramalleolare Osteotomie der Tibia und Fibula das richtige statische Verhältniss zwischen Last und Stütze herzustellen. Selbstverständlich wird man sich nur in den schwersten Fällen zu diesem Eingriff entschliessen, nachdem die anderen Methoden im Stich gelassen haben. Die Resultate, welche *Trendelenburg* durch diese Operation erzielte, waren durchaus befriedigend.

454. ***Ueber Kropfexstirpation.*** *Von **Otto Bade**, Berlin. (Berlin. Klinik. 1892. Februarheft.)*

Nach einigen Bemerkungen über die allgemeinen Erfahrungen bezüglich der modernen Methoden der Kropfexstirpation, wie sie von den verschiedenen Operateuren aller Länder geübt werden, kommt Verf. speciell auf die in Berlin zur Beobachtung kommenden Fälle zu sprechen, um daran eine Reihe ganz interessanter Bemerkungen über den klinischen und pathologisch-anatomischen Befund dieser Fälle zu knüpfen. In der Mehrzahl kamen jugendliche Personen zur Operation, bei denen die hochgradigen Respirationsbeschwerden in auffallendem Gegensatze zur geringen äusseren Deformität standen. Auffallend ist die relative Seltenheit der cystischen, der colloiden Formen und der mit eingelagerten Knoten

versehenen Arten gegenüber der Gruppe von Kröpfen, die man im Allgemeinen als parenchymatös bezeichnet. Die in Berlin am meisten beliebte Operationsmethode ist die der schichtenweisen Abtragung des Struma nach Herstellung der Blutleere durch Unterbindung aller zuführenden Arterien. Man trägt eben die ganze Geschwulst auf einmal unter Zurücklassung der tiefsten Schichte ab. Man schützt sich dabei nach Möglichkeit vor Verletzung des Nervus recurrens, da man ein ganzes Stück von den Stellen, an denen er verlaufen kann, ferne bleibt. Als wichtigsten Vortheil ergibt diese Methode die Beruhigung, mit dem Stehenlassen von einem Theil Strumagewebe an einer Stelle, wo es selbst bei Wiederwachsen, wenn die Struma gutartig war, keinen erheblichen Nachtheil mehr bringen kann, der so sehr gefürchteten Cachexia thyreopriva nach Möglichkeit vorgebeugt zu haben. In der Nachbehandlung sind die Verhütung der Nachblutung und erneute Asphyxie besonders in's Auge zu fassen. *v. Buschman.*

455. ***Ueber Tinctura haemostyptica.*** *Von Prof. Dr.* **E. H. Kisch**, *Prag-Marienbad. (Pest. med.-chir. Presse. 1892. 12.)*

Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit der von *H. Fritsch* empfohlenen Tinctura haemostyptica (Med.-chir. Rundsch. 1891. 164). Die meisten Fälle, in denen der Verf. die Tinctur verordnete, betrafen climacterische Uterinalblutungen, welche sich durch ungewöhnlich lange Dauer oder besondere Intensität der Menstrualblutung, sowie unregelmässiges Auftreten derselben bekundeten, wobei sich ausser den Symptomen chronischer Stauungshyperämie in den Unterleibsorganen und Erschlaffung der Uterinalschleimhaut nichts Abnormes im weiblichen Genitale nachweisen liess. In diesen Fällen genügte ausnahmslos die Darreichung des Mittels durch 2—3, bis 5 Tage, um einen Stillstand der Blutung herbeizuführen. Ebenso günstig gestaltete sich die Wirkung bei mehreren Fällen von Uterinalblutungen bei Frauen mit chronischer Metritis und Endometritis, wo sich die Blutung auf mangelhafte Rückbildung des Uterus post partum zurückführen liess; auch in einem Falle, wo ein sehr bedeutendes Uterusmyom bei einem virginalen Individuum bestand und zu sehr heftigen Blutungen Anlass gab. Im letzteren Falle hat Verf. wiederholt durch längere Zeit Extract. Hydrast. canad. fluid. mit wechselndem Erfolge gereicht; da Hydrastis im Stiche liess, versuchte er die Tinctura haemostyptica und erzielte nach 3tägiger Anwendung des Mittels Stillstand der sehr heftigen Blutung. Ohne Erfolg war die Tinctura haemostyptica bei drei Fällen von atypischer Blutung bei anämischen Frauen. Die Darreichung der Tinctur in allen diesen Fällen war derart, dass 20 Tropfen 3—4mal, auch öfter des Tages genommen wurden. Ein Vortheil der Tinctura haemostyptica scheint Verf. in der guten Verdaulichkeit des Mittels zu liegen. Die Wirkung des Mittels bekundet sich in der Regel nach 1—2 Tagen. *—r.*

456. ***Ueber acute idiopathische Halsdrüsenentzündung.*** *Von Dr.* **Neumann.** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 53. — Centralbl. f. Chir. 1892. 13.)*

Die Krankheit tritt im Kindesalter auf, und zwar besonders in den ersten Lebensjahren. Von 27 Fällen, welche Verf. beobachtet hat, betrafen 11 das 1., 10 das 2. Lebensjahr; die übrigen Kinder

waren 2—4 Jahre alt; 19 Pat. waren Knaben, 8 Mädchen. — Die Krankheit tritt plötzlich auf, vielfach ist ein leichter Schnupfen oder Husten vorausgegangen; am selben Tage wie das Fieber, oder am darauffolgenden, zeigt sich am Halse Drüsenschwellung, welche bald beträchtliche Dimensionen annimmt. Sie reicht auf der einen Halsseite vom Unterkiefer bis zum Schlüsselbein, beginnt vor dem Kopfnicker; die ergriffenen Drüsen sind die oberen tiefen Cervicaldrüsen, die übrigen Halsdrüsen sind frei. — Das Fieber schwindet zuweilen sehr schnell, gewöhnlich allmälig in einigen Tagen. Die Geschwulst bildet sich zurück oder vereitert. Die Heilung der Abscesse war 5—7 Wochen nach Beginn der Erkrankung beendigt. Die Krankheit ist als gutartig zu bezeichnen. Aetiologisch ist selbstverständlich eine Infection der Drüsen durch die Lymphgefässe aus ihrem Wurzelgebiete anzunehmen. In einer ganzen Reihe von Fällen liess sich allerdings eine Erkrankung des Nasenrachenraumes nicht nachweisen, in anderen Fällen aber war wenigstens ein Catarrh vorausgegangen und häufig auch eine Mittelohrentzündung, jedoch so, dass diese nicht als Ursache der Drüsenerkrankung, sondern als Folge einer und derselben Infection aufzufassen war. Die Zeit des häufigsten Auftretens der Krankheit sind die Monate, in welchen die Affectionen der Luftwege am meisten hervortreten. Gleichzeitig mit der idiopathischen Drüsenentzündung kamen Retropharyngealabscesse auffallend häufig vor. Derselbe Krankheitsprocess hat hier statt der Halsdrüsen die retropharyngealen betroffen. In einigen Fällen bestand gleichzeitig Erkrankung der retromaxillären und der retropharyngealen Drüsen, wodurch ein Zusammenhang der beiden Localisationen festgestellt wurde.

457. ***Die Behandlung der Darmwunden.*** *Von* ***Chaput.*** *(Gaz. d. hôp. 1892. 2. — Centralbl. f. Chir. 1892. 138.)*

Verf. verwirft bei Darmwunden die exspectative Behandlung, deren Mortalität zwischen 50 und 60% schwankt. Wenn die Laparotomie bisher noch so wenig günstige Resultate aufweise, so liege dies entweder daran, dass sie zu spät vorgenommen, oder dass Perforationsöffnungen übersehen wurden, oder dass die Nähte schlecht lagen. Bei Hunden mit künstlichen Darmwunden erzielte Verf. in 100% durch die Laparotomie Erfolge. Um festzustellen, ob überhaupt eine penetrirende Darmwunde vorliegt, empfiehlt Verf. statt des Einblasens von Wasserstoffgas durch den After nach *Senn,* nur vorsichtiges Sondiren der Bauchwunde, eventuell die Probelaparotomie. Bei dem Suchen nach einer Perforation soll man zunächst eine beliebige vorliegende Dünndarmschlinge vorziehen, durch ihr Mesenterium eine Hohlsonde führen und nun methodisch den ganzen Darm nach oben und unten absuchen, bis man an das Duodenum oder Cöcum gelangt ist. Jede etwa vorhandene Perforation wird mit einer Klemmpincette gefasst und nachher genäht. Zur Reinigung des Bauchfells benutzt Verf. trockene antiseptische Schwämme, da er hierbei bessere Resultate hatte, als bei irgend einer aseptischen oder antiseptischen Flüssigkeit. Bei stärkeren Blutungen wird, nach *Senn's* Vorschlag, die Digitalcompression der Aorta von der Bauchwunde aus gemacht, bis die blutende Stelle gefunden und unterbunden worden ist. Zur Reinigung von Darmwunden, die mehr als ein Viertel des Umfanges des

Darmrohres betragen, empfiehlt Verf. ein eigenes von ihm erdachtes Verfahren, das er „Darmtransplantation" (Greffe intestinale) nennt, und dessen Princip darin besteht, die Perforation mit einer anderen gesunden Darmschlinge zu verschliessen. Erwählt hier zu einen Punkt des Darmes, der 15—20 Cm. ober- oder unterhalb der Perforation liegt, bringt diesen in Berührung mit der Wunde und näht nun beide durch eine doppelte Etagennaht an einander. Bei doppelter Perforationsöffnung kann man ebenfalls noch durch eine doppelte Transplantation die Resection des verletzten Darmstückes vermeiden. Liegen 2 Perforationsöffnungen dicht bei einander, so ist es rathsam, sie durch Ausschneiden des Zwischenstückes in eine grössere Wunde zu verwandeln und diese durch „Greffe" zu schliessen. Bei Wunden im Dickdarm verfährt Verf. im Allgemeinen analog wie beim Dünndarm. Die Transplantationsmethode hat Verf. 18mal an Hunden ausgeführt, 3mal sofort nach der Verwundung, 10mal eine halbe Stunde später bei nüchternen Thieren und 5mal eine halbe Stunde später bei Thieren in voller Verdauung. In allen 18 Fällen trat Heilung ein. Ohne die Richtigkeit der Angaben des Verf. irgend wie in Zweifel ziehen zu wollen, warnt Ref. (*Jaffé*, Hamburg), seine Versuchsergebnisse an Hunden ohne Weiteres auf den Menschen zu übertragen. Speciell werde die Indication zur Laparotomie bei Darmverletzungen doch noch etwas präciser gestellt werden müssen, als dies vom Verf. geschieht.

458. ***Beobachtungen an 1000 Neugeborenen über Nabelkrankheiten und die von ihnen ausgehende Infection des Organismus.*** *Von* ***J. Eröss,*** *Budapest. (Arch. f. Gyn. Bd. XLI. Heft 3, pag. 409.)*

Verf. beobachtete in der I. geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zu Budapest an 1000 Neugeborenen das Verhalten des Abfallens des Nabelstranges und die Heilung der Nabelwunde. Dasselbe war nur in 320 Fällen ein vollkommen normales. In 147 Fällen trat ein mehr oder weniger verbreiteter Sphacelus des Nabelschnurrestes ein, in 182 Fällen eine (eigentlich auch sphacelöse) Erweichung des untersten Abschnittes des Nabelschnurrestes, wodurch die Nabelgefässe gleichsam auspräparirt wurden, in 224 Fällen blieb am Nabel ein Strangstumpf zurück, der erst durch Eiterung abgestossen wurde, in 109 Fällen war Mumification mit nachfolgender Omphalitis da, in 17 folgte ein Ulcus umbilici und in 2 Fällen trat Gangrän des Nabels ein. Von den 1000 Kindern, die am 9. Tage die Klinik verliessen, starben innerhalb dieser Zeit 5, darunter die 2 mit Gangraena umbilici. In 22 Procent der Fälle, in denen der Abfall des Nabelstranges nicht in normaler Weise vor sich ging, bestand Fieber. Die Diagnose der Erkrankung in Folge nicht normalen Abfalles des Nabelstranges kann in den meisten Fällen nur mittelst des Thermometers gestellt werden, da sich die Periphlebitis, Periarteritis, Peritonitis häufig der Beobachtung entzieht. Die Erkrankung, um die es sich hier handelt, ist immer nur die Sepsis. Gar häufig sterben die Kinder nicht sofort, sondern gehen nachträglich, nach längerer Zeit, an chronischer Pyämie — Furunculosis, Darmcatarrh u. dergl. m. — zu Grunde. Verf. fand, dass ein aseptischer Occlusivverband, der bis zum Abfalle des Stranges liegen bleibt, die Gefahr des Eintrittes

eines Sphacelus wohl mindert, dafür aber dauert es länger, bevor der Strangrest abfällt, da die Mumification durch das Abhalten des Zutrittes der äusseren Luft verzögert wird. Der Sphacelus tritt eher ein, wenn die Gefässe des Nabelstrangrestes stark gefüllt, als wenn sie leer sind. Ebenso sieht man ihn häufiger bei nicht ausgetragenen Kindern, als bei ausgetragenen. Die ungünstigen Ergebnisse, die Verf. beobachtete, leitete er darauf zurück, dass in den geburtshilflichen Kliniken die Asepsis und Antisepsis wohl gegenüber den Kreissenden und Wöchnerinnen strenge eingehalten werde, nicht aber gegenüber den Neugeborenen. Um die Zeit, als die erwähnten 1000 Kinder beobachtet wurden, herrschten an der genannten Klinik keine puerperalen Infectionsprocesse.

Kleinwächter.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

459. ***Ueber einige tabetische Symptome der Intoxicationsamblyopie.*** *Von* **Épleron.** *(Revue méd. de la Suisse romande. 1890. 8. — Centralbl. f. Augenhk. 1892. 2.)*

Schon früher haben einige Autoren bei Alkoholvergiftung Erscheinungen beobachtet, die sonst gewöhnlich als Symptome der Tabes angesehen werden. Verf. hat nun ähnliche Begleiterscheinungen auch bei der Intoxicationsamblyopie bemerkt, die übrigens in den 65 Fällen, die ihm vorkamen, meist auf den Missbrauch von Tabak zu beziehen war. Unter diesen 65 Fällen, in denen es sich bestimmt nur um Intoxicationsamblyopie und nicht etwa um andere Sehnervenleiden handelte, wie der absolut oder relativ günstige Verlauf der Krankheit bewies, fanden sich nun 17 solche, bei denen ein tabisches Symptom oder mehrere gleichzeitig gefunden wurden. Diese Zahl ist übrigens wahrscheinlich zu niedrig gegriffen, da nicht von Anfang an speciell auf diese Nebenerscheinungen besonders geachtet wurde. Von den einzelnen tabischen Symptomen wurden notirt in drei Fällen reflectorische Pupillenstarre, in einem Falle Myosis, in neun Fällen Abschwächung oder Fehlen des Patellarreflexes, in sechs Fällen schiessende Schmerzen und in einem Falle das *Romberg*'sche Symptom. — Die Diagnose zwischen tabischer Atrophie und Intoxicationsamblyopie kann deshalb in manchen Fällen zunächst schwierig sein, sie wird aber immer bei längerer Beobachtung sich erklären, da man bei Intoxicationsamblyopie fast nie das charakteristische centrale Scotom vermissen wird und das Gesichtsfeld an der Peripherie bis auf ganz seltene Ausnahmsfälle (Verf. theilt einen solchen Fall mit) dauernd intact bleibt, während die tabische Atrophie mit derselben Regelmässigkeit gerade das entgegengesetzte Verhalten zeigt.

460. ***Die Erkrankung des Auges bei Diabetes mellitus.*** *Von* **Seppel.** *(München. med. Wochenschr. 1891. 43. — Centralbl. f. Augenhk. 1891. 2.)*

Verf. berichtet über einen Fall von diabetischer Retinitis bei einem 43jährigen Manne. Derselbe hatte bereits eine Apoplexie mit vorübergehender Sprachstörung, linksseitiger Facialisparese und Hemiplegia sin. incompleta durchgemacht. Diabetes war schon

$^1/_2$ Jahr früher festgestellt worden. Der Zuckergehalt hat zwischen 0·3 und 4% geschwankt. Der Fall qualificirt sich im Wesentlichen als Retinitis centralis punctata diabetica *(Hirschberg)* mit hellen Herden und kleinen Blutungen in der Nähe der Macula lutea. Die in diesem Falle constatirte Erhaltung des centralen Lichtsinnes im relativen centralen Scotom erscheint Verf. charakteristisch für diabetische Retinitis. Der Verlauf war nach einer Neuenahrer Cur für das Allgemeinbefinden günstig; die Sehstörung rechts erfuhr einige Besserung, das linke Auge war amblyopisch.

461. ***Acute Otitis, Gehirnabscess. Operation, Tod.*** *Von **Hatsch**. (The Lancet. 19. März 1892. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 31.)*

Patient, ein 27jähriger, bisher gesunder Mann, gut situirt, erkrankt mit heftiger Entzündung des rechten, dann des linken Ohres. Beiderseits heftige Schmerzen, Trommelfell und Umgebung geschwollen. Schliesslich Perforation der Trommelfelle. Völlige Taubheit, stark eiteriger Ausfluss, welcher nach vier Wochen links zurückging. Perforationen vernarbten. Taubheit auf dem rechten Ohre blieb noch eine Zeit lang bestehen. (Eigenthümlicher Weise hatte seine Frau dieselben Erscheinungen in milderer Form.) Patient später wieder arbeitsfähig. Acht Wochen darauf heftige, aber schlecht localisirte Schmerzen über der rechten Kopfhälfte. Nacken ebenfalls schmerzhaft. Später Schmerzen auf der linken Seite; Patient verlangt fortwährend nach Morphium, welches zeitweise hilft. Probatorische Operation wegen Verdacht auf Abscess verweigert. Kein Fieber. 6 Wochen später mehr localisirte Schmerzen über dem Angulus infer. oss. parietal. dext. Patient ist völlig arbeitsunfähig, antwortet sehr träge und apathisch. Puls schwach und langsam: Dyspepsie, Obstipation, starke Abmagerung. Augen normal. 8 Tage später Delirien, welche 3 Tage lang anhalten. Während der Vorbereitungen zur Operation erwacht Patient und kommt zu klarem Bewusstsein, dass die Angehörigen eine Operation nochmals verweigern. Patient klagt jetzt über Schmerzen hinter dem rechten Ohr und Schmerzen bei Percussion des Schläfenbeins und Nackenschmerzen. Sonst keine Störung der Motilität etc. Trommelfell unverändert. Tags darauf unter Chloroformnarcose (wobei die Muskeln der rechten Seite viel länger rigide bleiben) Trepanation hinter dem rechten Ohr; die Punction des Gehirns mittelst Troicart entleert in einer Tiefe von $^3/_4$ Zoll reichlichen gutartigen Eiter. Drainage und Tamponade. Patient erwacht frei von Schmerzen. Indess verfiel er schon Tags darauf in Coma, nach 12 Stunden Exitus letalis. — Section verweigert.

462. ***Eine Beobachtung früher Entwicklungsstufen des subretinalen Cysticercus.*** *Von Dr. **M. Salzmann**, Wien. (Klin. Monatsbl. f. Augenhk. XXIX. — Schmidt's Jahrb. 1892. 2.)*

Bei Einwanderung eines Cysticercus in das Auge hat der Augenarzt leider sehr selten Gelegenheit, den Patienten in den ersten Tagen zu sehen; die Patienten kommen meist, wenn der Cysticercus im Auge sich schon länger entwickelt hat und die Netzhaut in grösserer Ausdehnung abgelöst ist. In dem vom Verf. beschriebenen Falle kam die 22jährige Patientin am 5. Tage, nachdem sie plötzlich Sehstörung auf dem linken Auge bemerkt

hatte, in die Augenklinik des Prof. *Fuchs* in Wien. In der Maculagegend war die trübe Netzhaut etwas vorgewölbt (Refractionsunterschied an den Gefässen gleich 2 Dioptrien), ohne Falten; hinter der Trübung leichte Marmorirung des Pigmentepithels. In der Fovea selbst befand sich unter der Netzhaut ein rundlicher, scharf begrenzter, bläulichweisser Körper von $^1/_3$ Papillendurchmesser, welcher lebhafte spontane Bewegung zeigte (der eingelagerte Parasit). Der Parasit wuchs rasch, hatte nach 3 Tagen schon Papillengrösse, nach 8 Tagen schon über $1^1/_2$ Papillengrösse. Als wichtigste Veränderung an demselben, ausser denen an der Hülle und der umgebenden Netzhaut, ist das Auftreten eines kleinen, rundlichen, verwaschenen, weisslichen Fleckes in der Mitte der Blase am 6. Beobachtungstage zu erwähnen; dieser Fleck zeigte keine Formveränderungen, aber Verschiebungen theils in kreisförmiger, theils in linearer Richtung. Es erinnerte dieses Gebilde an den Kopfzapfen eines entwickelten Wurmes. Am 9. Tage wurde mittelst meridionalen Schnittes die Extraction des Cysticercus, eines zarten, grauweissen Scheibchens mit einem weisslichen Fleck in der Mitte von etwa 1·5 Mm. Durchmesser, gemacht. Die histologische Untersuchung ergab eine aus 3 Schichten bestehende Blase mit einer dem Kopfzapfen entsprechenden keulenförmigen Einstülpung, die mit wimperartigen Fortsätzen besetzt war. Am Grunde der Einstülpung sah man an der am stärksten entwickelten mittleren Schicht zwei secundäre einander gegenüber liegende Verdickungen (Anlage der Saugnäpfe?). Haken waren nicht vorhanden. Der Cysticercus hatte sich also zur Zeit der Operation noch auf einer sehr niedrigen Entwicklungsstufe befunden.

463. ***Die Augen der Musiker.*** *Von Prof.* ***Cohn.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 12. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 17.)*

Nach *Stilling* leiden Musiker häufig an erworbener Myopie, bedingt durch den variablen Verlauf des oberen schiefen Augenmuskels (Rollmuskel); die Myopie sei eine Folge des Baues der Augenhöhle. Wenn auch das Notenlesen nicht anstrengend sei, so bestehe doch für jeden Musiker die Nothwendigkeit, den Blick fortwährend nach unten zu richten. Von 62 Mitgliedern des Breslauer Orchestervereines waren 25 Normalsehende nach Verf.'s Untersuchung. Von den 37 abnorm Sehenden waren 3 übersichtig, 8 hatten Astigmatismus, 6 waren augenkrank. Von den übrigbleibenden 20 Kurzsichtigen waren 9 schon als Schulkinder myopisch gewesen. Nur bei 6 Musikern (9·7%) bestand die Möglichkeit, dass sie beim Musiciren kurzsichtig geworden; es waren durchgehends geringe Myopien von 1·5—2·75 M. Hiermit erscheint *Stilling's* Beobachtung und die Erklärung hierzu als unrichtig.

464. ***Ueber extradurale Eiteransammlung im Verlaufe von Mittelohrerkrankungen.*** *Von Dr.* ***Hecke.*** *Vortrag bei der Versammlung deutscher Naturforscher in Halle. (Wien. med. Wochenschr. 1892. 17.)*

Verf. berichtet über zwei Fälle von sehr grosser Eiteransammlung zwischen Dura mater und Knochen zur Zeit der letzten Influenza-Epidemie (1889/90). Im ersten Falle hat Verf. in Folge von Eiteransammlung am Warzenfortsatz denselben aufgemeisselt, welcher jedoch überall sclerosirt war; durch eine feine Fistelöffnung

communicirte der Abscess mit der Schädelhöhle und trotzdem diese nach allen Seiten erweitert wurde, ging der Kranke an Meningitis zu Grunde. Bei der Necroskopie zeigte sich eine Eiteransammlung oberhalb der Pyramide und in der hinteren Schädelgrube, die Paukenhöhle selbst war nicht ergriffen. Im zweiten Falle war nach Influenza eine Otitis media dextra ohne Eiterung aufgetreten, später eine schmerzhafte fluctuirende Geschwulst hinter dem Ohre; dieselbe wurde eröffnet und der cariöse Warzenfortsatz aufgemeisselt. In der Fossa temporalis lag die Dura in Folge von Caries necrotica frei, später trat eine Eitersenkung am Schädel nach hinten und unten mit normalem Heilungsvorgang auf und zwei Tage vor der beabsichtigten Entlassung nach plötzlicher Bewusstlosigkeit und hohem Fieber folgte der Exitus letalis. Die Necroskopie zeigte eine bedeutende Ansammlung von Eiter in der mittleren und hinteren rechtsseitigen Schädelgrube, in der Fossa temporalis hingegen vernarbte Caries necrotica.

465. ***Lucilia sarcophaga in der Trommelhöhle.*** *Von Dr.* ***J. Falta****, Szegedin. (Orvosi Hetilap. 5. 1892. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 15.)*

Ein 10jähriger Bauernsohn litt bereits seit längerer Zeit an rechtsseitiger Otorrhoe; als sie zeitweise eines Tages einen so hohen Grad erreichten, dass der Knabe delirirte. Bei der Untersuchung entleerte sich aus dem rechten Ohre reichlich mit Eiter gemengtes Blut und nach vorausgeschickter Ausspritzung fand man vollkommenen Mangel des Trommelfelles und in der Trommelhöhle Larven. Alsogleich wandte Verf. Oel, mit Terpentin gemengt, an, endlich Alkohol. Ein Erfolg war jedoch nicht erzielt, da die Larven wohl ihr Nest verliessen, doch sobald sie vom Lichte getroffen wurden, zogen sie sich zurück. Der Versuch, das Zimmer einzudunkeln, um die Larven hervorzulocken, war von unerträglichen Schmerzen begleitet, da sich die Larven offenbar nach verschiedenen Richtungen bewegten. Es erübrigte demnach nichts Anderes, als zur Ohrpincette zu greifen und gelang es mittelst verschiedenartigster Griffe 11, etwa 12 Mm. lange Larven zu extrahiren, die sich als Larven von Lucilia sarcophaga herausstellten. Als Pat. noch immer aufschrie, konnte Verf. nach langem Suchen noch das hervorlugende Ende einer in der oberen Tasche der Trommelhöhle sitzenden Larve entdecken. Da Verf. nicht glaubte, dieselbe mit der Pincette hervorziehen zu können, blies er Jodoformpulver in das Ohr, worauf die Schmerzen alsogleich nachliessen und noch zwei Larven, unbekümmert um's Licht, bis zur äusseren Gehöröffnung hervorkrochen. Hieraus möchte Verf. schliessen, dass dieser Effect dem Jodoform zuzuschreiben sei und deshalb empfiehlt er dieses Vorgehen in geeigneten Fällen.

Dermatologie und Syphilis.

466. ***Die Albuminurie bei Syphilis.*** *Von* ***O. W. Petersen.*** *(Wratsch. 1891. 21. — Schmidt's Jahrb. 1892. 4.)*

Unter 88 Syphiliskranken fand Verf. bei 34 Albuminurie. 36 Kranke starben, darunter 7 an chronischer Nephritis. In Folge dieser Beobachtung untersuchte Verf. systematisch im Alexander-

Hospital den Harn sämmtlicher Kranken bei der Aufnahme in das Hospital, um festzustellen: 1. Wie oft die Albuminurie zufällig mit Syphilis zusammenfällt; 2. wie oft die syphilitische Albuminurie vorkommt? 3. wie die Einspritzungen unlöslicher Quecksilbersalze auf das Auftreten und das Verschwinden von Albuminurie wirken? Verf. kam zu folgenden Sätzen: 1. Da die Albuminurie in allen Perioden der Syphilis auftreten kann, so soll in allen Kliniken und Krankenhäusern die Harnuntersuchung auf Eiweiss beim Eintritte eines jeden Kranken obligatorisch werden. 2. Es muss dabei die wirkliche syphilitische Albuminurie von der temporären und von der Albuminuria spuria unterschieden werden. 3. Die syphilitische Albuminurie kommt bei frischer Syphilis und bei Recidiven in 38 Procent und bei später Lues in 5·8 Procent der Fälle vor. 4. Nach Injection von salicylsaurem Quecksilber (0·1—0·13 Grm.) tritt nur selten und nicht auf lange eine temporäre Albuminurie auf. Daher ist es nicht richtig, in der mercuriellen Behandlung der Syphilis die Ursache der Nierenaffection zu suchen. 5. Die Ausscheidung des Quecksilbers durch die Nieren macht keine Albuminurie. 6. Unter Einwirkung des Quecksilbers verschwindet die syphilitische Albuminurie.

467. ***Ueber Ostitis deformans in Folge von Syphilis hereditaria.*** *Von Dr.* ***Werther.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 25. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 16.)*

Ein von syphilitischem Vater stammender Knabe zeigte kurz nach der Geburt rothe, bald wieder vergehende Flecke; war im Uebrigen gut proportionirt und lernte rechtzeitig laufen. Angeblich nach dem Impfen trat eine Schwellung des rechten Fussgelenkes auf, die bestehen blieb. Schon in der Schulzeit wurde es auffällig, dass beide Unterschenkel eine abnorme Länge besassen und sich nach vorne auszubiegen schienen. Im 9. und 14. Jahre traten an dem Unterschenkel eiternde Geschwüre auf; im 14. Jahre begann er zu hinken, da das rechte Bein länger wurde, als das linke. In seinem 17. Jahre kam der Knabe in das Krankenhaus. Der Befund war hier folgender: Gewicht 25 Kgrm. Es bestand ein Missverhältniss zwischen der oberen Körperhälfte und den Beinen. Brust und Arme sind von kindlicher Schmächtigkeit und Kürze; die Beine haben die Länge eines Erwachsenen. Kopf ist klein; Ohren gross und auffallend tief angeheftet. Nase sattelförmig; Septum durchlöchert. Genitalien infantil. Beide Unterschenkel zeigen eine Knochenkrankheit, während Haut und Weichtheile nur atrophisch sind. Der Durchmesser der Unterschenkel ist an den Epiphysen im Ganzen, an der Diaphyse besonders von vorn nach hinten bedeutend vergrössert; durch Auflagerungen an der vorderen Kante haben sie, von der Seite betrachtet, die Gestalt eines Säbels. Der rechte Unterschenkel ist länger als der linke, und zwar der rechte 41 Cm., der linke 38 Cm. Es handelt sich um eine Ostitis deformans syphilitica.

468. ***Zur Lehre von der Sclerodermie.*** *Von* ***M. Dinkler.*** *(Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVIII. Heft 5 u. 6. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 15.)*

Verf. gibt die Krankengeschichten dreier sehr sorgfältiger Beobachtungen wieder und bespricht dann unter Berücksichtigung

der Literatur die gesammte Pathologie der Sclerodermie. Anatomisch äussert sich die Krankheit durch Bindegewebswucherung und Gefässveränderungen, und zwar sind beide — bei der umschriebenen Form sicher, bei der diffusen wahrscheinlich — schon nachweisbar, ehe die Haut makroskopisch irgend eine Veränderung zeigt. Die Gefässerkrankung erstreckt sich nur auf einzelne Arterienzweige und ist schon im Beginn so hochgradig, dass sie als eine der ersten, vielleicht überhaupt die erste Veränderung angesehen werden darf. Es zeigen sich hier die Veränderungen der Peri-, Meso- und Endarteritis fibrosa. Die Bindegewebswucherung durchläuft schrittweise die einzelnen Stadien vom indifferenten Granulationsgewebe bis zum ausgebildeten Narbengewebe. Die Derbheit und Schwellung der Haut im hypertrophischen Stadium ist durch eine eigenthümliche Verschmelzung und Quellung der Bindegewebsfibrillen der fixen Bindegewebszellen, sowie durch die Ausbildung des neugebildeten indifferenten Gewebes zu fertigem Bindegewebe, der Schwund und die Atrophie hingegen durch eine narbige Degeneration und Schrumpfung des präexistenten und des neugebildeten Bindegewebes bedingt. Die Pigmentirung beruht in der Mehrzahl der Fälle auf einer Pigmentablagerung in den Cylinderzellen des Rete Malpighii. Das frühzeitige Erkranken der Hautarterien, die Intensität ihrer Veränderungen, die Betheiligung nur einzelner Zweige, das Freibleiben der grossen Arterien des Stammes und der Extremitäten machen es dem Verf. sehr wahrscheinlich, dass der Sclerodermie eine Gefässerkrankung zu Grunde liegt.

469. ***Behandlung der chronischen Urethritis.*** *Von* ***Schwengers.*** *(Monatsh. f. prakt. Dermat. 1892. 3. — München. med. Wochenschr. 1892. 3.)*

Wer als Specialarzt sich mit der Behandlung jener so häufigen Formen chronischer Gonorrhoe beschäftigen muss, bei welchen immer und immer wieder trotz aller vorgenommenen mechanischen und ätzenden Proceduren jene Filamente im Harn auftreten, deren Bedeutung von den Pat. und allerdings auch von Seiten mancher Aerzte oft sehr übertrieben wird, und welche unter Umständen neuropathisch veranlagte Individuen in einen Zustand psychischer Depression versetzen, wird die folgende Methode, welche diesen Zustand zu beseitigen im Stande ist, wie Verf. auf Grund seiner Beobachtungen annehmen zu dürfen glaubt, versuchen. Die Methode selbst besteht bei Gonorrhoea chronica anterior in einer energischen, mittelst des Endoskops vorgenommenen Aetzung mit 25procentigem Resorcinglycerin. Ist die darauf folgende Reaction geschwunden, so erfolgt eine auf gleichem Wege vorgenommene Application von 20 Procent wässeriger Lösung von Acidum trichloraceticum. Diese Behandlung ist zweimal wöchentlich durch mehrere Wochen hindurch fortzusetzen. Bei Urethritis posterior ist die 25procentige Resorcinglycerinlösung mittelst des *Ultzmann*'schen Harnröhreninjectors vom Isthmus der Pars membranacea durch die ganze Pars posterior in die vorher entleerte Blase zu injiciren. Auch hier ist die Reaction abzuwarten, dann beginnt eine Sondenbehandlung mit Neusilberbougies, welche nach Analogie der mit Spirale versehenen Prostatacatheter von *Gross* angefertigt sind. Durch Einführung eines an einem Mandrin befestigten Wattebausches mit 20procentiger

Lösung von Trichloressigsäure in das Innere des Bougies, welches durch die Zwischenräume der Spirale die Aetzlösung austreten lässt, wird die topische Behandlung der erkrankten Theile erzielt, wobei leichte Rotationen der eingeführten Sonde vorzunehmen sind.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

470. ***Ueber den Nachweis und das Vorkommen von Pepton in den Organen und dem Blute des Leukämischen.*** *Von Prof.* ***R. v. Jaksch****, Prag. (Zeitschr. f. physiol. Chemie. 1892.)*

Zwei Fälle von Leukämie, die Verf. auf seiner Klinik beobachtete, gaben ihm Gelegenheit, der Frage des Vorkommens von Pepton in den Geweben und im Blute von Leukämischen — eine Frage, zu deren Lösung nur wenige Beobachtungen der jüngsten Zeit vorliegen — näher zu treten. Die exacten Untersuchungen, welche sowohl nach der von *Hofmeister* als von *Devoto* angegebenen Methode vorgenommen wurden, ergaben dem Verf. folgende Resultate: Das Blut des lebendigen Leukämikers verhält sich in Bezug auf das Vorkommen von Pepton different. Es gibt aber Fälle, in denen es sehr reich an Pepton ist. Im Leichenblute des Leukämikers lässt sich mittelst der *Hofmeister*'schen Methode in solchen Fällen viel Pepton nachweisen. Der Peptongehalt des Blutes scheint in solchen Fällen bei der Fäulniss wesentlich zuzunehmen. Milz und Leber des Leukämischen sind mit Pepton überladen, dieses Symptom ist jedoch nicht als ein für die Leukämie charakteristisches anzusehen, da auch in den Organen (Milz) gesunder Menschen grosse Mengen von Pepton auftreten können. *Hofmeister's* und *Devoto's* Methode geben bei Verwendung auf Gewebe wesentlich differente Resultate. Die erstgenannte Methode zeigt uns in vielen Fällen Pepton an, in welchen *Devoto's* Methode kein positives Resultat ergibt. Für die Untersuchung der Exsudate, Transsudate und des Harnes geben *Hofmeister's* und *Devoto's* Methode übereinstimmende Resultate. Prof. *Kisch.*

471. ***Ueber eine neue Methode zum Nachweise von kleinen Mengen von Gallenfarbstoff im Blute.*** *Von Prof.* ***R. v. Jaksch****, Prag. Separatabdruck aus den Verhandlungen des Congresses für innere Med. Wiesbaden 1891.*

Die vom Verf. angegebene einfache Methode zum Nachweise von Gallenfarbstoff im Blute erscheint für den praktischen Arzt von Interesse. Das Verfahren ist folgendes: Man entzieht dem Kranken circa 10—15 Ccm. Blut, lässt dasselbe $^1/_2$—1 Stunde abstehen und filtrirt dann das abgehobene Blutserum mittelst einer Vacuumpumpe durch eine dichte, mehrfache Lage von gefasertem Asbest. Das klare, bernsteingelbe Serum lässt man dann durch Erwärmen im Reagensglase auf 78—80° C. in möglichst dünner Schicht erstarren. Gallenfarbstofffreies Serum ist milchig getrübt, hellgelb gefärbt, gallenfarbstoffhaltiges dagegen leicht grünlich gefärbt, das letztere nimmt bei wiederholtem Erwärmen auf 50 bis 60° C. je nach der Menge des vorhandenen Bilirubins eine intensive

grasgrüne Farbe an. Diese einfache Methode ist auch zuverlässig. Sie dient auch zur Entscheidung der Frage, ob Hämoglobinämie besteht, also das Serum Blutfarbstoff gelöst enthält. In diesem Falle wird dasselbe beim Erstarren braun. Prof. *Kisch.*

472. ***Ueber die Erkrankungen des Herzmuskels bei Typhus abdominalis, Scharlach und Diphtherie.*** *Von* ***E. Romberg.*** *Aus der medicinischen Klinik zu Leipzig. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVIII. Heft 3 u. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 11.)*

Eine ausführliche mikroskopische Untersuchung der oft schon makroskopisch in Trübung, Verfettung oder Anämie deutlichen Herzmuskelveränderungen bei Typhus (11 Fälle), Scharlach (10 Fälle) und Diphtherie (8 Fälle) ergab in ihrer Localisation wechselnde parenchymatöse Processe: fast regelmässig eine verschieden starke albuminoide Körnung, recht häufig und bei Diphtherie besonders hochgradig fettige, vereinzelt hyaline oder wachsartige Degeneration, an den Kernen degenerative Vorgänge, am regelmässigsten bei Diphtherie, ferner Formenveränderungen und bei Erwachsenen auch Pigmentirung der Protoplasmaspindel, aber weder an den Kernen, noch an den Fasern Proliferationszustände. Sodann stets bei Diphtherie, fast immer bei Scharlach und meistens bei Typhus in ihrer Stärke wechselnde, nie zur Abscessbildung führende, interstitielle Vorgänge, Rundzelleninfiltrationen zwischen den grossen und in den kleinen Muskelbündeln mit und ohne Beziehung zu peri- und den selteneren endocarditischen Processen. Die fixen Bindegewebszellen waren kaum betheiligt, es fanden sich die von *Hayem* wohl irrthümlich als Myoplasten angesprochenen, grosskernigen Zellen im Bindegewebe, schliesslich von Arterienerkrankungen, zuweilen Peri-, ganz vereinzelt Endarteriitis; in den Herzganglien lagen selten deutliche Rundzelleninfiltrationen, die pericardialen Nerven zeigten in der Hälfte der Typhus- und Diphtheriefälle und nie bei Scharlach Perineuritis. Das Ergebniss ist, dass neben den früher gekannten parenchymatösen Degenerationen eine von diesen völlig unabhängige infectiöse, acut entstandene, nach ihrer anatomischen Erscheinungsform chronische interstitielle Myocarditis bei obigen acuten Infectionskrankheiten vorkommt. Schon die Häufigkeit parenchymatöser Veränderungen bei Diphtherie macht das Fieber als ätiologisches Moment unwahrscheinlich.

473. ***Zur Antiphlogose.*** *Von Prof. Dr.* ***S. Samuel.*** *(Virchow's Arch. Bd. CXXVII, pag. 457. — Wien. klin. Wochenschr. 1892. 15.)*

Wenn man das eine Ohr eines Kaninchens crotonisirt und das andere Ohr in kühles Wasser von 15° C. und darunter steckt, so tritt während der ganzen Dauer der Immersion (oft bis 12 Stunden) des gesunden Ohres auf dem crotonisirten Ohre keine Entzündung auf. Auf Reflexwirkung durch den Sympathicus lässt sich das Phänomen schon deshalb nicht zurückführen, weil es auch nach Durchschneidung des N. auricularis major und minor des crotonisirten Ohres prompt eintritt. Ein absoluter Gegenbeweis gegen die obige Annahme liegt aber in der weiteren Thatsache, dass die Entzündung an dem mit etwa zwei Tropfen Crotonöls eingeriebenen Ohre auch dann ausbleibt, wenn nicht das Ohr, sondern die Extremitäten continuirlich erkaltet werden. Vielleicht lässt sich die Erscheinung auf eine durch die locale Erkaltung bewirkte Herab-

setzung der tactilen Reizbarkeit, der Motilität der Leucocyten zurückführen. Aehnlich wie bei Crotonöl unterbleibt die Entzündung auch am verbrühten Ohre unter den vorgenannten Cautelen. Durch die gefundenen Thatsachen ist bewiesen, dass eine allgemeine Antiphlogose durch Fernwirkung möglich ist, sie kann praktisch höchst einfach durch kalte Hand- oder Armbänder erreicht werden. Inwieweit dieselben der Antiphlogose in Wirklichkeit am Krankenbette sich nutzbringend erweisen, muss durch klinische Beobachtung festgestellt werden.

474. ***Zur Eiweisszersetzung des hungernden Menschen.*** *Von Dr.* ***Prausnitz.*** *(München. med. Wochenschr. 1891. 18. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 14.)*

Die Versuche, welche Verf. angestellt hat, beziehen sich auf 10 Personen im Alter von 20—35 Jahren, und zwar wurden an diesen 13 zweitägige Hungerversuche angestellt. Die Versuche begannen Vormittags zumeist um 8 Uhr, die letzte Mahlzeit wurde 12 Stunden vor dem Beginne des Versuches genommen und dann nur noch schwach CO_2-haltiges Wasser getrunken, in einzelnen Fällen unter Zusatz von wenig Wein. Bemerkenswerther Weise war die N-Ausscheidung am zweiten Tage meist höher als am ersten. Verf. erklärt dies damit, dass am ersten Tage wenig Circulationseiweiss vorhanden ist und auch vom Organeiweiss nur verhältnissmässig wenig zur Zerstörung gelangt, weil in erster Linie das noch in reichlicher Menge vorhandene Glycogen in Anspruch genommen wird. Auch sind am ersten Tage jedenfalls noch Fett und Kohlehydrate von der vorhergehenden Nahrung im Darmcanale anwesend, durch deren Resorption und Verbrennung das Organeiweiss zunächst noch geschützt wird. Die Eiweisszersetzung stieg am zweiten Tage mit dem Gewicht der Versuchsperson an, wenn auch nicht genau proportional. Im Mittel betrug der von 9 durchschnittlich 71·6 Kgrm. schweren Personen am zweiten Hungertage ausgeschiedene Stickstoff 13·7 Grm., was einer Zersetzung von ungefähr 90 Grm. Eiweiss entspricht.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

475. ***Ueber den Nachweis des Pferdefleisches in Nahrungsmitteln.*** *Von* ***Niebel.*** *(Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene. Jahrg. 1. Heft. 11/12. — Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 1892. 2.)*

Als Verf. Pferdefleisch, nachdem ihm die klebrige Beschaffenheit desselben im gehackten Zustande aufgefallen war, auf seinen Gehalt an Dextrin untersuchte, fand er ungewöhnlich erhebliche Mengen von Glycogen. Während in anderen Fleischsorten der Gehalt des letzteren gleich Null ist oder in Spuren besteht (eine einzige Ausnahme bei ganz frischem Rindfleisch zeigte 0·204 Procent), war im Gegentheile beim Pferdefleisch der Glycogengehalt nur ganz ausnahmsweise weniger als 0·5 Procent, auch erhielt sich das Glycogen im Pferdefleisch als solches viel länger. Die Untersuchung dehnte sich nun auch auf die Zersetzungsproducte des Glycogens aus (dextrinartige Substanz, Maltose, Traubenzucker). Um das Fleisch auf reducirende Substanz zu prüfen, modificirte Verf. die übliche

Methode in der Art, dass er noch eine Bestimmung auf $^1/_{100}$ Procent auszuführen im Stande war. Die reducirende Substanz war im Pferdefleisch der Hauptsache nach Traubenzucker. Bei den vom Verf. angestellten Wurstuntersuchungen zeigte es sich, dass bei gewöhnlicher unverfälschter Wurst kein Glycogen und ein Traubenzuckergehalt von 0·5—0·7 Procent Glycogen zu ermitteln war, während in der unter Pferdefleischzusatz hergestellten Wurst der Nachweis des Glycogens in der Regel zu erbringen war und bei ihr sich ein Traubenzuckergehalt von 1·189—3·707 Procent als nachweisbar herausstellte.

476. ***Papillom der Petroleumraffineure.*** *Von* **Derville** *et* **Guermonprez.** *(Annal. d'hygiéne publique. XXIV. — Annal. de Dermat. et de Syphilodologie. 1890. — Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1891. Bd. XXIII.)*

Bei den Petroleumraffineuren findet man eine Hautkrankheit, welche als Papillom bezeichnet wird. Dasselbe entwickelt sich an den Händen, dem Vorderarme, den Augenlidern, den Beinen und dem Scrotum derjenigen Arbeiter, welche an der zur letzten Destillation des Rohpetroleums dienenden Apparaten zu thun haben oder dieselben reinigen. Aetzt man die warzenartigen Gebilde mit Schwefelsäure, so fällt ein Schorf ab, und es bleibt eine Narbe zurück, welche durch ihre Farbe gegen die stets erheblich pigmentirte Umgebung contrastirt.

477. ***Tödtliche Vergiftung als Folge einer Einreibung mit Oleum animale foetidum.*** *Motivirtes Gutachten von Dr.* **Nebler**, *Kreiswundarzt, Striegau. (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. II, 2, 1891, pag. 270. — Schmidt's Jahrb 1892. 4.)*

Ein curpfuschender Schäfer verordnete vier an Hautausschlag leidenden Kindern abendliche Einreibung mit Oleum animale foetidum durch 5 Stunden, dann mit Auflösung von grüner Seife. Am Morgen sollte dies abgewaschen werden. Bald nach der zweiten Einreibung am ersten Abend traten Erbrechen und Ohnmacht ein. Der jüngste 5jährige Knabe bekam am anderen Morgen Krämpfe und starb am Nachmittage. Alle vier Kinder aber zeigten deutliche Vergiftungserscheinungen, Schmerzen in der Magengegend, Stirn, arhythmischen und beschleunigten Puls. Die gerichtliche Section des verstorbenen Knaben ergab: Verfettung der Leber, Schwellung der Magen- und Darmdrüsen und gelbliche Darmverfärbung, im Uebrigen aber keine directe anatomische Todesursache. Im Gutachten weist Verf. bei Mangel analoger Fälle in der Literatur darauf hin, wie Einreibungen verschieden grosser Körpertheile mit Carbolöl bei Kindern ähnlich gewirkt hätten. Ferner entwickelten sich bei der trockenen Destillation organischer Substanzen, wie Knochen, Haare, Nägel u. s. w. stets Cyanverbindungen, die ähnliche Symptome, wie im vorliegenden Falle beobachtet, erzeugten. Endlich wird an die beschränkenden Bestimmungen der Gewerbeordnung für Fabriken, die sich mit Erzeugung derartiger Dinge beschäftigen, erinnert. Das Gutachten wurde dahin abgegeben, dass „mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit die Einreibung mit stinkendem Thieröl die alleinige Todesursache bei dem Kinde war". Der curpfuschende Schäfer wurde zu 1 Jahr Gefängniss verurtheilt.

478. ***Ueber die Mikroorganismen des Flecktyphus.*** *Von Prof.* ***S. Lewaschew.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 13.)*

Im Blutstropfen aus der Fingerspitze oder der Milz eines Flecktyphuskranken findet man zwischen den Blutkörperchen kleine, lichtbrechende Gebilde, die energische Eigenbewegung zeigen. Diese Körperchen verlängern sich nach einer Richtung hin und zeigen schliesslich feine, sehr agile Fädchen oder Fortsätze. Hier und da sieht man freie Fädchen; diese Formengebilde scheinen jedoch mit den Coccen und den Coccen sammt Fädchen identisch zu sein. Die Zahl dieser Gebilde nimmt mit dem Fortschreiten der Krankheit zu, vor und während des Temperaturabfalles nimmt sie ab, um nach der Krise zumeist zu verschwinden. Impfungen des Finger- oder Milzblutes auf 1—2% Serum-Agar-Agar ergaben kleine, durchsichtige, wolkenartige Colonien, welche in den tieferen Schichten des Nährbodens sassen. Eine Uebertragung auf Thiere scheint noch nicht versucht.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

479. *Elektrotherapie und Suggestionstherapie.*

Von Prof. ***Eulenburg*** *in Berlin.*

(Berliner klinische Wochenschrift. 1892, 8. 25 S. 8⁰.)

(Schluss.)

Es ist auch nicht so unbedingt zuzugeben, dass „Lähmungen durch Zerstörung der centralen Nervenelemente überhaupt nicht heilen" (corticale Lähmungen?) — ebenso wie auch der Ausspruch eine Einschränkung erfordert, dass „Lähmungen durch Zerstörung der peripherischen Nerven oder der Muskelfasern, soweit sie heilbar sind, in gesetzmässiger Weise von selbst heilen". Sie „heilen" wohl auch, aber unsicherer, langsamer, unvollkommener. Die citirten Sätze enthalten zum Theil eine Confundirung der Wirkung, d. h. der als „Lähmung" bezeichneten motorischen Functionsstörung, mit der zu Grunde liegenden Lähmungsursache. Diese kann unter Umständen schwinden, es kann Regeneration eintreten, die Bahn für die Willensleitung wieder frei werden — aber damit ist die „Lähmung" noch keineswegs gehoben, die functionelle Brauchbarkeit und Energie des gelähmten Gliedes nicht hergestellt, sei es, weil die durch Degeneration oder einfache Atrophie von Inactivität u. s. w. geschwächten Muskeln noch insufficient sind, sei es, weil sie wegen excessiver tonischer Verkürzung ihrer Antagonisten etc. nicht zu rechter Bethätigung kommen können. Schliesslich ist bei dieser Frage nicht zu übersehen, dass es doch auch an positiven experimentellen Thatsachen für die Veränderung und Verbesserung der Muskelerregbarkeit und der Muskelernährung bei directer galvanischer Einwirkung keineswegs mangelt. Es sei in dieser Hinsicht nur an die von *Heidenhain* nachgewiesenen „recreirenden" Stromwirkungen auf ermüdete Muskeln (bei Hindurchleitung starker

Ströme durch die ganze Länge des Muskels) und auf die von *R. Remak* zuerst an Fröschen, sodann auch am Menschen constatirte Verdickung der Muskeln (besonders bei labilen Stromapplicationen) erinnert.

Vortr. legt gerade auf die Elektrotherapie der Lähmungen den allergrössten Werth, er sieht in ihr sozusagen die Pièce de résistance der Elektrotherapie, ihre vornehmste Daseinsberechtigung (ebenso wie für die Elektrodiagnostik in der Diagnose und Prognose der Lähmungen). Er würde, um dieses Arbeitsfeld zu erhalten, wenn es sein müsste, viel lieber alle die bunten und hübschen Indicatiönchen opfern, bei denen auch nach *Möbius*' These 2 die Elektricität „zweifellos helfen" soll, nämlich „manche Schmerzen, manche Parästhesien, manche motorische Reizerscheinungen, manche Unregelmässigkeiten in der Thätigkeit verschiedener Organe". Dass die hier aufgezählten Störungen auch „von der Suggestion beeinflusst werden" (These 3), bezweifelt Verf. nicht im Geringsten; wohl aber, dass die Suggestion je einen atrophischen Muskel durch ihre Beeinflussung stärkt und Ernährung und Volumen gelähmter Theile verbessert. Nach Vortr. fanden die echten Elektrotherapeuten in der fest begründeten Behandlung der Lähmungen — einschliesslich selbst der Augenmuskellähmungen, bei denen *Möbius* jedes Elektrisiren für unnütz zu halten scheint — vorzugsweise Befriedigung und enthielten sich dagegen des planlosen Herumirrens in allen Ecken und Winkeln der Pathologie gern und dachten nicht daran, heute Epilepsie und Psychosen, morgen einen Keuchhusten, eine Intermittens, ein Sclerem, eine Leukämie, einen Diabetes — Alles womöglich vom Sympathicus aus — elektrisch zu attaquiren.

An die eben erwähnte dritte These: „Gerade dieselben Störungen werden von der Suggestion beeinflusst", knüpft sich als vierte: „Es ist daher möglich, dass die Elektricität durch Suggestion wirkt". Gegen dieses „daher" liessen sich doch wohl ernste Bedenken erheben. Dieselben Störungen (wie Schmerzen, Parästhesien, motorische Reizerscheinungen, Schlaflosigkeit u. s. w.) werden ja durch die verschiedensten Nervina, Narcotica und Sedativa, durch Morphium, Atropin, Hyoscin, Arsenik, Bromide u. s. w. — um nur einzelne Repräsentanten ganzer Arzneiclassen zu nennen — so vielfach „beeinflusst". Es wäre „daher" auch wohl möglich, dass die genannten und ihnen ähnliche Mittel durch Suggestion wirken. Der Einfachheit wegen würde sich generell die Annahme empfehlen, dass alle restitutiven Veränderungen, die sich am und im Protoplasma der Nervenzelle vollziehen, durch Suggestion zu Stande kommen, und dass alle Methoden und Mittel, die functionsregulirende, antineuralgische, antispastische u. s. w. Wirkungen entfalten, diese „daher" nur auf dem Wege der Suggestion auslösen können. Verf. will jedoch den sehr berechtigten Kern, der in diesen *Möbius*'schen Thesen steckt, die stärkere und wirksamere Hervorkehrung des psychischen Heilfactors bei Behandlung der vorerwähnten und noch unzähliger anderer krankhafter Innervationsstörungen nicht verkennen. Dieser an sich berechtigte und zeitgemässe Gedanke darf aber doch nicht so weit getrieben und zu solcher Einseitigkeit überspannt werden, dass man in Gefahr geräth, die ganze bisherige physikalisch-chemische Therapie dieses

Krankheitsgebietes sozusagen zu entmaterialisiren und in unkörperliche, ungreifbare Psychotherapie zu verflüchtigen.

Für die Annahme einer Suggestionswirkung der Elektricität sprechen nach *Möbius*: „Besonders die Unregelmässigkeit im Eintritt der elektrischen Heilwirkungen, welche sich gut erklärt, wenn man eine psychische Vermittlung annimmt, unerklärt bleibt, wenn man einen physischen Zusammenhang voraussetzt, und der Umstand, dass zur Erreichung eines Heilerfolges die Methode gleichgiltig ist, insofern als die gleichen Erfolge durch die verschiedensten Anwendungsweisen der Elektricität erreicht worden sind und mit derselben Methode der eine Arzt glänzende Wirkungen erzielt, der andere gar keine." Die scheinbare Unregelmässigkeit im Eintritt der elektrischen Heilwirkungen will Verf. nicht in Abrede stellen. Diese scheinbare Unregelmässigkeit aber gilt in fast demselben und zum Theil in noch grösserem Maasse für die allerverschiedensten therapeutischen Methoden — wenn wir von gewissen örtlichen, wesentlich operativen Eingriffen absehen — und sie ist die ganz nothwendige und unvermeidliche Folge der Complicirtheit der organischen Lebensbedingungen überhaupt und jener pathobiologischen Verhältnisse insbesondere, die für uns die gegebenen Voraussetzungen unseres therapeutischen Handelns bilden und deren unendlicher individueller Fülle und Mannigfaltigkeit wir ja erst das abstracte Schema unserer Krankheitsbegriffe und die dafür gewählten Collectivbezeichnungen entnehmen. Sehen wir nicht auch oft genug, dass das Protoplasma der Nervenzelle auf die verschiedensten chemisch-toxischen Agentien, auf Morphium, Alkohol, Blei, Eisen, Arsen u. s. w. in individuell höchst ungleicher, unregelmässiger Weise reagirt, ohne dass wir bisher über die Ursachen dieser ungleichen Reactionsweise in's Klare zu kommen vermögen? Dass also die Unregelmässigkeit der toxischen und pharmaceutischen Reactionen in einem Gebiete rein physischer Zusammenhänge (die man wenigstens bisher widerspruchlos als solche gelten liess) gerade ebenso gross ist?

Möbius führt als ein ferneres Argument an, mit der Vervollkommnung der Apparate und Methoden seien die elektrotherapeutischen Heilerfolge immer dürftiger geworden. Es wäre, beiläufig gesagt, bedauerlich, wenn das Gleiche auch für die Suggestionstherapie gelten müsste, die ja auch seit *Braid*, und wenn man will, seit *Mesmer* und noch länger ihre Methoden wesentlich umgestaltet und „vervollkommnet" hat. Aber sollte die von *Möbius* angeführte Thatsache — wenn wir sie einstweilen als solche gelten lassen — nicht vielleicht darin ihren eigentlichen Grund haben, dass mit der Vervollkommnung der Apparate und Methoden leider die Vervollkommnung der ausübenden „Elektrotherapeuten" keineswegs gleichen Schritt gehalten hat? Dass die Apparate sich seit 30 und besonders seit 10 Jahren unendlich vervollkommnet haben, im Sinne der bequemen Handhabung, der exacten Dosirung u. s. w., ist ja ganz unbestreitbar; doch möchte Verf. die Clausel dabei einflechten, dass man zu *Duchenne's* und *R. Remak's* Zeit vielfach mit so starken Apparaten und Strömen arbeitete, wie sie jetzt für die innere Therapie in der Regel kaum mehr zur Anwendung kommen. Im Allgemeinen dürfte weit eher anzunehmen sein, dass

man früher — zumal bei der Mangelhaftigkeit der vorhandenen Regulir- und Dosirungsvorrichtungen — mit durchschnittlich stärkeren elektrischen Reizmitteln arbeitete, als jetzt, wo sogar das leve und breve als Behandlungsprincip ausdrücklich hingestellt wird. Aber, fragt Vortr., wird denn dieses neue in so mustergiltiger Weise ausgestattete Instrumentarium auch wirklich allgemein benutzt? — und wie und von wem? — Die schönen Galvanometer etc. helfen denjenigen nichts, die sie nicht haben, sie helfen auch denen nichts, die damit nichts anzufangen wissen, und diese beiden Kategorien zusammen bilden leider die grosse Mehrzahl aller elektrisirenden Heilkünstler. Wie viele wissen denn überhaupt, dass man die Stromstärke mit Galvanometern zu messen hat?

Am Schlusse führt Vortr. aus, dass, wenn er die *Möbius*'schen Behauptungen als weit über das Ziel hinausschiessend bezeichnete, so erfordert doch andererseits die kritische Gerechtigkeit, das grosse Verdienst der durch *Möbius* gegebenen Anregungen nachdrücklich zu betonen. Die Wirkungsweise der Elektricität genau zu erforschen, ihre Grundbedingungen, welche doch schliesslich nur Modificationen physikalischer und physiologischer Erscheinungsformen unter abweichenden pathobiologischen Verhältnissen sein können, präcis zu bestimmen, mit einem Worte, der Elektrotherapie die bisher vermisste rationell-wissenschaftliche Grundlage zu schaffen, das ist nach wie vor Aufgabe der Zukunft, deren Lösung durch *Möbius* zwar nicht gefördert, aber doch als noch unumgänglichere Nothwendigkeit hingestellt wurde. — Der *Möbius*'sche Ansturm kann aber auch nach einer anderen Seite hin wohlthätig wirken, nämlich zur Correctur der eigenthümlich schiefen Stellung, welche die Suggestionstherapie zur Zeit noch bei uns einnimmt. Man schien es fast als eine Beleidigung zu empfinden, dass man die Elektrotherapie mit diesem Eindringling, diesem abenteuerlichen Parvenu überhaupt auf eine Stufe zu stellen wagte. Von der grossen Bedeutung des psychischen Factors bei Behandlung von Krankheiten muss heutzutage jeder verständige Arzt mehr als je durchdrungen und damit vertraut sein; dabei aber drängt sich auch von selbst die Bedeutung der Suggestion als einer speciellen, für eine gewisse Kategorie von Fällen besonders verwendbaren Form der Psychotherapie auf, wie dies in ebenso scharfsinniger wie überzeugender Weise namentlich durch *O. Rosenbach* zum Ausdruck gebracht wurde. Wenn wir also die Psychotherapie zumal gerade in der Behandlung der wichtigsten functionellen Neurosen weder entbehren können, noch entbehren wollen, so hat es auch keinen Sinn, uns dieser ihrer modernsten und unter Umständen wirksamsten Incarnation, der Suggestionstherapie, feindlich oder misstrauisch gegenüberzustellen. Vielmehr sind wir als Aerzte und ganz besonders als Nervenärzte verpflichtet, uns von der Technik und Anwendung auch dieses Zweiges der Psychotherapie eingehende Kenntniss zu verschaffen. Dazu müsste uns, von den therapeutischen Erfolgen abgesehen, schon das lebhafte diagnostische und prognostische Interesse einladen, das sich an die Ergebnisse der Suggestionstherapie, wie der psychotherapeutischen Methoden überhaupt knüpft, insofern wir durch sie in zweifelhaften Fällen häufig ex juvantibus auf das Vorhandensein functioneller oder doch verhältnissmässig

benigner Störungsformen im Gegensatze zu schweren organischen Läsionen zurückschliessen dürfen. Aber von dieser diagnostischen Verwendbarkeit abgesehen, sind wir auch als Therapeuten verpflichtet, das sich darbietende neue Hilfsmittel nicht unbenutzt zu lassen, ihm, wenn nicht mit Wohlwollen, so doch mindestens mit Unparteilichkeit, sine ira et studio prüfend näher zu treten. Es ist unbedingt zu verhüten, dass sich in der Neuropathologie zwei getrennte Heerlager bilden, mit dem Feldgeschrei „hie Elektrotherapie! hie Suggestionstherapie!" — ihr gemeinsamer Ruf laute vielmehr: hier rationelle Elektrotherapie und rationelle Psychotherapie, nach richtig gewählter, individualisirender Methode und in technisch vollkommenster sachgemässer Ausführung! *—sch.*

Literatur.

480. ***Diagnostisches Lexikon für praktische Aerzte.*** *Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner herausgegeben von Dr.* ***Anton Bum*** *und Dr.* ***M. T. Schnirer,*** *Redacteure der „Wiener Medizinischen Presse". Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1892. 1.—4. Lieferung.*

Die Bedeutung der Diagnose für die ärztliche Praxis ist wohl allgemein anerkannt, ist ja doch die richtige Diagnose die sicherste Grundlage jedes Heilversuches; ein tüchtiger Diagnostiker zu sein, begründet daher das Ansehen des Arztes unter seinen Collegen. Der Aufschwung der medicinischen Wissenschaften in den letzten Decennien ist denn auch nicht nur der Entwicklung der therapeutischen Grundlagen und Methoden, sondern in weniger auffallender Weise, aber desto gründlicher der ärztlichen Diagnostik zu Gute gekommen, man wird auch ohne Weiteres zugeben, dass die Errungenschaften auf dem Gebiete der Diagnostik besser fundirt und von bleibender Dauer sind, während die therapeutischen Erfolge nach mehrjährigen Erfahrungen oft ungeahnte Beleuchtungen erfahren. Es ist daher der Plan der Herausgeber, den prächtigen Bau der modernen Diagnostik in lexikalisch geordneter Weise den Aerzten darzubieten, als ein vollkommen berechtigter anzusehen. Gewiss hätte das Erscheinen eines diagnostischen Lexikons nicht so lange auf sich warten lassen, wenn die Schwierigkeiten, welche sich bei Durchführung eines solchen darbieten, nicht so grosse wären. Die Krankheit bietet Symptome dar, die bekanntlich vielen verschiedenen Krankheiten zukommen, und die erst im Zusammenhange mit anderen Symptomen sich zum eigentlichen Krankheitsbilde verschmelzen. Es muss daher das Symptom zunächst als solches in seiner allgemeinen Bedeutung, dann in seiner Beziehung zu den verschiedenen Krankheitsformen erörtert werden. Anderseits setzt sich das Krankheitsbild aus vielen Symptomen zusammen, deren pathognomischer Werth nicht für alle Krankheiten der gleiche ist. Da nun der praktische Arzt das diagnostische Lexikon das einemal dazu benützen wird, die Bedeutung eines bestimmten Symptomes zu erfahren, das anderemal, um die von ihm gemachte Diagnose einer Krankheit mit der knappen Schilderung derselben im Diagnostischen Lexikon zu identificiren, so stellt die Schaffung eines solchen Lexikons bezüglich der Aufstellung der Schlagworte an die Herausgeber die Anforderung vollkommener Uebersicht aller Hilfsmittel der Diagnose und peinlicher Umsicht, um

keines der zahlreichen diagnostischen Behelfe ausser Acht zu lassen. In gleicher Weise müssen die Mitarbeiter eines solchen Werkes mit dem materiellen und logischen Aufbau der Diagnose innigst vertraut sein, um das durch diagnostische Hilfsmittel erkannte Symptom in seiner vollen Bedeutung klarzustellen und das Krankheitsbild übersichtlich zu fassen. Selbstverständlich muss auch die Schilderung der diagnostischen Technik — Chemie, Mikroskopie, Bacterioskopie, Percussion und Auscultation, Elektrodiagnostik, Laryngo-, Rhino- und Otoskopie, sowie chirurgische Diagnostik — einen bestimmten Grad der Ausführlichkeit erreichen, um das Werk auch auf diesem Gebiete als Führer verlässlich zu gestalten. Die bisher erschienenen 4 Hefte enthalten die Schlagworte Abasie bis Arsenvergiftung, wie wir anerkennen müssen, in von uns geschildertem Sinne bearbeitet; haben wir ja doch den Plan der Durchführung des Werkes nach der vor uns liegenden Probe desselben aufgestellt. Die Herausgeber, selbst auch als Mitarbeiter des Diagnostischen Lexikons thätig, haben sich mit einer Schaar von Mitarbeitern, deren Namen von bestem Klang umgeben, welche für die tadellose Durchführung des Werkes die beste Gewähr bieten. Von bisherigen grösseren Artikeln möchten wir anführen: Abdomenuntersuchung, *Stinzing* — Abdominaltyphus, *Kauders* — Abortus, *Kleinwächter* — Anästhesie, *Möbius* — Anarthrie, *Freud* — Angina, *Réthi* — Anteversio uteri, *Elischer* — Aortenstenose, *Bettelheim* — Apnoe, *v. Basch* — Appendicitis, *Sehrwald* — Aprosexia, *Laker*. Die Ausstattung ist eine solide und gefällige, die Illustrationen sind sehr sorgfältig durchgeführt. *Loebisch.*

481. ***Ueber die Heilwirkung der Elektricität bei Nerven und Muskelleiden.*** *Von Prof.* ***Friedr. Schultze****, Bonn. Wiesbaden, Bergmann, 1892.*

Aus der sehr interessanten und nahezu erschöpfenden Darstellung der modernen Erfahrungen auf diesem Gebiete geht hervor, dass die Wirkung des elektrischen Stromes bei Nerven- und Muskelerkrankungen sich im Allgemeinen als eine recht eingeschränkte erwiesen hat, soweit wenigstens die bisher geübten und vielfach variirten Behandlungsmethoden in Betracht kommen. Am meisten gilt diese Einschränkung für den Heilerfolg bei den organischen, destructiven Erkrankungen des centralen Nervensystems. Es ist nicht erwiesen, oder auch nur wahrscheinlich gemacht, dass sie an sich durch den elektrischen Strom zu heilen sind; dagegen können einzelne Folgezustände durch ihn rascher gebessert und zum Theile auch beseitigt werden. Bei den gleichen Erkrankungen der peripheren Nerven erscheint ein rascherer Heilungsverlauf bei Einwirkung des elektrischen Stromes, wenn auch noch nicht strenge bewiesen, so doch durchaus nicht unwahrscheinlich. Unter den sogenannten functionellen Erkrankungen des Nervensystems sind besonders gewisse hysterische Symptome dem Einflusse des elektrischen Stromes am günstigsten, wobei wesentlich die psychische Einwirkung in Betracht kommt. Ebenso sind Neuralgien und Myalgien, sowie Schwächezustände der Organe mit glatter Musculatur durch den elektrischen Strom heilbar, wenn auch keineswegs regelmässig und bequem. Der Kreis der Indicationen für die Anwendung der Elektricität muss daher jedenfalls enger gezogen werden, als sich dies zur Zeit des Aufschwunges der Elektrotherapie erwarten liess.

v. Buschman.

482. ***Preisverzeichniss der Fabrik chirurgischer Instrumente und Bandagen.*** *Von* ***H. Windler,*** *Inhaber* ***Hermann Windler*** *und* ***Georg Windler,*** *königl. Hoflieferant. Berlin, NW. Dorotheenstrasse 3. 1892, im Selbstverlage.*

Unsere Leser möchten wir auf den oben genannten illustrirten Katalog chirurgischer Instrumente und Bandagen aufmerksam machen nicht nur wegen der bekannten Leistungsfähigkeit der berühmten Firma, welche den Katalog diesmal in 8. Auflage erscheinen lässt, sondern auch wegen der Vollständigkeit in Aufzählung der Instrumente für alle Arten ärztlicher Diagnostik, chirurgischer Hilfeleistungen und schliesslich aller Apparate der Krankenpflege und Orthopädie. *—r.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

483. ***Ueber den Werth der Narcose in der Geburtshilfe.*** *Von Dr.* ***A. Dührssen,*** *Privatdocent in Berlin. Nach dem Vortrag, gehalten in der Hufeland'schen Gesellschaft am 11. Februar 1892. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 15.)*

Es ist eine Thatsache, dass, ebenso sehr wie der Specialist die Anwendung der Narcose in der Geburtshilfe gebührend zu schätzen weiss und sie in den mannigfaltigsten Fällen anwendet, der Praktiker im Allgemeinen nicht viel von der Narcose in der Geburtshilfe, speciell bei geburtshilflichen Operationen, wissen will. Diese Thatsache liegt nun lediglich an äusseren Schwierigkeiten, an der Unbequemlichkeit für den Arzt, im gegebenen Moment rasch einen Collegen zur Uebernahme der Narcose zu bekommen, und andererseits an der Scheu vor der Uebernahme der Narcose und zu gleicher Zeit der nothwendigen geburtshilflichen Operation. Meiner Ansicht nach lassen sich nun diese Schwierigkeiten überwinden. Ich wenigstens bin, wo ich mit der Hebamme allein war, immer in der Weise vorgegangen, dass ich die Patientin vollständig für die Operation vorbereitete, sie zweckentsprechend lagerte, mich selber desinficirte, dann die Patientin desinficirte und jetzt ausschliesslich an die Narcose der Patientin heranging. War die Narcose zu einer vollständigen geworden, so bürstete ich mir die Hände noch einmal in der desinficirten Lösung über und ging dann an die eigentliche Operation heran. Die geburtshilflichen Operationen unterscheiden sich ja von anderen dadurch, dass sie meistens doch sehr rasch zu erledigen sind, dass also die einmal erzeugte tiefe Narcose genügt, um in dieser Zeit die Operation zu Ende zu führen. Wo das nicht der Fall ist, zieht man die Zunge mit einem feinen Muzeux vor und weist die Hebamme an, wenn die Patientin in einer für die Operation störenden Weise erwacht, 1 oder 2 Tropfen Chloroform auf die Maske aufzugiessen und das nicht eher zu wiederholen, als bis die Maske überhaupt nicht mehr nach Chloroform riecht. Wenn also die Schwierigkeiten der Narcose sich überwinden lassen, so ist es gewiss angebracht, sich die Frage vorzulegen, in welcher Beziehung die Narcose von Werth in der Geburtshilfe ist.

Der Werth der Narcose in der Geburtshilfe liegt nach zwei Richtungen hin. Einmal ist sie äusserst werthvoll für die Patientin, indem sie ihr die Schmerzen nimmt. Dadurch wird es möglich, eine exacte Diagnose zu stellen, und das ist der erste Punkt, der für den Arzt von besonderer Bedeutung ist. Einige Tropfen Chloroform genügen, um diese Bewegungen der Kreissenden zu beseitigen, und jetzt kann man in aller

Ruhe feststellen, ob der kindliche Puls die Normalfrequenz von 120—150 zeigt, oder ob hier eine Störung vorliegt, die also eine Indication zur Beendigung der Geburt abgibt. Ferner ist auch das Verhalten des mütterlichen Pulses in der Narcose wichtig. Wenn er in der Narcose ebenso frequent bleibt, wie vorher, wenn er also beispielsweise über 100 beträgt, so ist das ein Zeichen, dass die Frequenz des Pulses nicht durch einfache Aufregung der Kreissenden bedingt war, sondern dass es sich hier um starke Quetschungen der mütterlichen Weichtheile und, wenn zu gleicher Zeit schon Temperaturerhöhung da ist, möglicher Weise sogar um eine septische Infection, respective Zersetzung im Uteruscavum handeln kann. Das sind schon für die Diagnose allgemeine, sehr wichtige Fingerzeige. Wenn ich dann weiter auf specielle Punkte eingehen darf, so erleichtert die Narcose die geburtshilfliche Untersuchung, die innere Untersuchung ganz ungemein und setzt uns dadurch in den Stand, die Auswahl zwischen den verschiedenen geburtshilflichen Operationen richtig zu treffen. Wenn es sich um eine empfindliche Erstgebärende handelt, so kann es wegen des straffen Damms sehr schwierig sein, mit dem Finger hoch hinauf in's Becken zu kommen, um festzustellen, wie tief denn überhaupt der Kopf schon in's Becken eingetreten ist. Wenn in solchen Fällen dann noch eine starke Kopfgeschwulst vorhanden ist, die sogar bis in die Vulva herunterreichen kann, so veranlasst dieses Untersuchungsresultat den Arzt manchmal zu der Annahme, dass der Kopf sich schon tief im Becken befindet, dass eine Zangenextraction mit Leichtigkeit möglich sei. Thatsächlich steht aber in manchen Fällen der Art der Kopf mit seinem grössten Umfang noch über dem Beckeneingang; die Kopfgeschwulst kann schon sichtbar sein und doch ist der Kopf noch nicht in das Becken eingetreten. Vor diesem Irrthum schützen wir uns, wenn wir in der Narcose uns in die Möglichkeit versetzen, das Becken genau austasten zu können, mit dem Finger an der hinteren Beckenwand in die Höhe zu gehen und festzustellen, ob wir noch das Promontorium erreichen können oder nicht. Sehr wichtig ist dann ferner auch die Narcose für die Feststellung gewisser abnormer Einstellungen des Kopfes im Becken. Ich möchte hier ganz besonders auf die Hinterscheitelbeineinstellung und auf den tiefen Querstand hinweisen. Beide fehlerhafte Stellungen bedingen eine Verzögerung der Geburt. Es kommt dann in Folge des langdauernden Druckes zu einer starken Kopfgeschwulst; diese Geschwulst ist gewöhnlich schon vorhanden, wenn der Arzt zu derartigen Fällen gerufen wird, und es ist zunächst häufig ohne Narcose unmöglich, zu sagen, wie nun eigentlich die exacte Stellung des Kopfes ist, zumal wenn dann auch noch die äussere Untersuchung, die natürlich immer vorangehen muss, wegen Empfindlichkeit der Kreissenden oder dicker und straffer Bauchdecken ebenfalls ziemlich resultatlos verläuft. In diesen Fällen gelingt es uns, in tiefer Narcose den Kopf viel ausgiebiger zu betasten, als es vorher möglich war, und es gelingt uns dann gewöhnlich, die Nähte und Fontanellen so zu fühlen, dass wir eine exacte Diagnose stellen können. Aehnlich ist es mit dem tiefen Querstand. Es handelt sich ja hier nur um diejenige Störung, dass die kleine Fontanelle nicht nach vorn getreten ist, wie sie das im Beckenausgang schon gethan haben sollte, sondern rechts oder links stehen geblieben ist. Wenn wir hier die Sachlage erkennen und in Folge dessen die Zange schräge anlegen, so ist die Zangenextraction spielend leicht. Ferner ist dann die Narcose überhaupt in allen den Fällen von Werth, wo der vorliegende

Theil noch hochsteht, wo wir mit einem oder zwei Fingern nicht ausreichen, wo wir also, um zu einer exacten Diagnose zu gelangen, die ganze Hand einführen müssen. Dasselbe gilt dann auch für die Fälle, wo etwa Missbildungen, abnorm grosser Kopf etc., vorhanden sind.

Ich komme nunmehr zu dem zweiten Punkt, welcher die Anwendung der Narcose für den Arzt zu einer werthvollen Sache macht, nämlich zu der Unterstützung der eigentlichen geburtshilflichen Therapie durch die Narcose, und hier kann ich zunächst ganz allgemein sagen, dass die Narcose bei allen denjenigen geburtshilflichen Massnahmen von ungemein grossem Werth ist, wo innere Handgriffe durch den Gebrauch der äusseren Hand unterstützt werden müssen, wie bei der combinirten Wendung und der Placentalösung, sei es nach rechtzeitiger oder vorzeitiger Geburt. Die Ausschaltung der Bauchpresse durch die Narcose kann in Betracht kommen bei im Becken eingekeilten Tumoren. Bei Steisslage ermöglicht die tiefe Narcose, den Steiss zurückzudrängen und einen Fuss herunterzuschlagen, wodurch die schwierige Extraction am Steiss überflüssig wird. Sehr werthvoll ist die Narcose bei mangelhafter Erweiterung des Muttermundes. Oft findet man bei Querlagen Mehrgebärender, während der Cervix ohne Narcose nur für einen Finger durchgängig war, dass man in der Narcose ganz bequem mit der ganzen Hand hineinkommen und Wendung und Extraction sofort machen kann. Ebenso gelingt es auch bei Fehlgeburten durchweg, in tiefer Narcose in den Cervicalcanal einzudringen. Geradezu als therapeutisches Agens wirkt die Narcose, und zwar eine oberflächliche, in den Fällen von sogenannten Krampfwehen, wie sie meistens bei empfindlichen, sehr jungen oder alten Erstgebärenden vorkommen. In diesen Fällen geht der Fortschritt der bisher sehr verzögerten Geburt unter der Narcose ganz ungemein rasch vor sich.

Es liegt mir nun noch die Aufgabe ob, auch in Kürze der Contraindicationen zu gedenken. Ich würde die Narcose zunächst bei allen Fällen von Sepsis nur sehr vorsichtig anwenden, denn schwere Asphyxien und sogar einen sogenannten Chloroformtod habe ich nur bei septischen Fällen gesehen. Der Chloroformtod erfolgte bei einem septischen Abort, bei einem criminellen Abort, schon bei dem ersten Athemzug Chloroform. Ich halte weiterhin die tiefe und langdauernde Narcose in den Fällen von Eclampsie für contraindicirt. Zwar ist ja bisher die tiefe Narcose, und zwar in Kliniken die Narcose durch Chloroform, in der Behandlung der Eclampsie die souveräne Methode. Indessen ist die Methode eigentlich principiell falsch, denn sie stellt nur ein symptomatisches Verfahren dar. Wenn die Narcose tief genug ist, werden ja allerdings die Krämpfe dadurch beseitigt, allein sie erzeugt wiederum andere Nachtheile. Sie wirkt dann noch schädlicher auf die Kreissende, wie jede andere tiefe und lang fortgesetzte Narcose auf den menschlichen Organismus wirkt, weil bei schwerer Eclampsie regelmässig Erkrankungen des Herzmuskels gefunden werden. Sie wirkt dann ferner auch sehr deletär auf das Kind. Bei Eclampsie halte ich die tiefe Narcose auch für sehr werthvoll, aber nur als Unterstützungsmittel einer entbindenden Operation. Denn bei der Eclampsie scheint mir nur die Entbindung, nach der erfahrungsgemäss die Eclampsie meistens aufhört, das einzig richtige Verfahren zu sein, und ich habe mich mehrfach bemüht, Methoden anzugeben, durch welche die frühzeitige Entbindung bei Eclampsie sich ermöglichen lässt. Bei der Entbindung einer Eclamptischen ist nun aber die Anwendung der tiefen Narcose ganz ungemein wichtig, denn hierdurch können wir den

Vorwurf entkräften, dass eingreifende Operationen bei Eclampsie dieselbe verschlimmern.

Als dritte Contraindication gegen eine tiefe Narcose möchte ich dann noch den Tetanus uteri bezeichnen, wie er bei verschleppter Querlage vorkommt. Ich habe einen derartigen Fall gesehen, wo ich die Frau 2 Stunden lang narcotisirte, wo ich dann noch eine Injection von Atropin mit Morphium machte, nach dem Vorschlag von *Fränkel* in Breslau, um womöglich den Tetanus uteri zu beseitigen und noch die Wendung vorzunehmen. Es lag mir daran, hier die Wendung und nicht sofort die Decapitation zu machen, weil das Kind noch lebte. Der Tetanus uteri liess nicht nach, ich musste die Decapitation vornehmen. Das Befinden der Frau, ihr Puls war schon während der Operation sehr schlecht, und sie ging mehrere Stunden nach der Operation an Herzschwäche zu Grunde. Ich möchte vorschlagen, bei wirklichem Tetanus uteri von derartigen Versuchen, durch die Narcose den Tetanus zu beseitigen, gänzlich abzusehen und die Narcose nur zu dem Zwecke der raschen Entleerung des Uterus einzuleiten. Selbstverständlich wird man dann auch in der Geburtshilfe die Narcose im Allgemeinen nicht in Fällen vornehmen, wo sie sonst auch contraindicirt ist, also besonders bei Personen, die an Herzfehlern leiden.

Ich habe vorher noch zu erwähnen vergessen, dass ich auch bei der combinirten Wendung, wie wir sie bei der Placenta praevia vornehmen, und bei Placentarlösungen von der Narcose Gebrauch mache, ohne etwa in der Anämie der Kreissenden eine Contraindication zu erblicken. Ich habe gerade gefunden, dass selbst sehr anämische Kreissende, bei denen der Puls kaum mehr fühlbar war, sich sehr leicht chloroformiren liessen — das heisst, wenige Athemzüge genügten, um sie in einen solchen Zustand der Narcose zu versetzen, dass die betreffende Operation ausgeführt werden konnte. Ich habe nie Nachtheile von dieser Art der Narcose bei Anämischen gesehen, und wir haben durch die Narcose einen grossen Vortheil, indem wir die Operation rasch ausführen können. Wenn wir eine anämische Person aus Angst vor der Schädlichkeit der Narcose nicht chloroformiren, so dauert die Operation, die Placentarlösung oder die combinirte Wendung, unbedingt länger als in der Narcose. Die Frau verliert in Folge dessen mehr Blut.

Kleine Mittheilungen.

484. ***Ein Fall von Ruptur des Sphincter iridis.*** *Von* ***Z. N. Kazaurow.*** *(Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1892.)*

11jähriges Mädchen. Verletzung durch Stockschlag. Das untere Lid des rechten Auges am inneren Winkel eingerissen; Conjunctivae bulbi innen und unten durchtrennt. Aussen oben, diametral entgegensetzt der Conjunctivalwunde, zwei Einrisse in der Iris durch die gesammte Dicke derselben. Die Risse klaffen winkelig mit der Spitze des Winkels gegen den Ciliarkörper. Cornea, Linse, Retina und Chorioidea intact. Kammerwasser klar, im Glaskörper aussen unten eine leichte Trübung. V = Finger in 7 Schritt Entfernung. Im Laufe eines Monats hob sich das Sehvermögen auf ein Sechstel.

485. ***Pseudomembranöse Laryngitis, behandelt durch Quecksilberdämpfe.*** *Von Dr.* ***A. Lieber.*** *(Amer. Pract. 1891. 13. — Der Frauenarzt. 1892. 3.)*

Patient, ein dreijähriger Knabe, zeigte diphtheritische Membranen an beiden Tonsillen. Trotz Behandlung mit Sublimat ging die Krankheit auf den Larynx über. Da jede Operation verweigert wurde, so würden Quecksilberdämpfe versucht. Das

Kind wurde in ein improvisirtes Zelt gebracht und alle halbe Stunde wurden unter dem Patienten 1·8 Grm. Calomel 6 Stunden hintereinander verbrannt. Am nächsten Morgen wurde die Athmung besser, die Räucherung auf alle 3 Stunden festgesetzt. In kurzer Zeit trat Besserung und Heilung ein.

486. ***Neue Methode der Nierenpalpation.*** *Von* ***Morris.*** *(Med. record. 1891. October. — Centralbl. f. Gyn. 1892. 14.)*

Verf. lässt den Kranken mit gekrümmten Knien auf der der kranken entgegengesetzten Seite liegen, so dass alle beweglichen Eingeweide nach dieser hin sinken. Dann bildet sich eine tiefe Höhlung vor dem Quadratus lumborum aus, in welcher die Niere als der höchst gelegene feste Körper in der Bauchhöhle gefühlt wird. In dieser Weise hat Verf. noch mehrfach die Niere fühlen können, wo er es in anderen Stellungen nicht mehr im Stande war.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Fritsch, Dr. Heinrich, Professor der Geburtshilfe zu Breslau. Die Krankheiten der Frauen. Aerzten und Studirenden geschildert. Fünfte völlig umgearbeitete Auflage. Berlin 1892, Verlag von Friedrich Wreden.

Kirchner, Dr. Wilhelm, Professor der Ohrenheilkunde in Würzburg. Handbuch der Ohrenheilkunde. Berlin 1892, Verlag von Friedrich Wreden.

Metnitz, Docent Dr. Josef Ritter v., Erster Jahresbericht des zahnärztlichen Instituts. (Wien, IX., Spitalgasse 9.) Wien 1892, im Selbstverlage.

Schreiber, Dr. E. Cl., Arzneiverordnungen für den ärztlichen Gebrauch, mit besonderer Berücksichtigung billiger Verschreibungsweise. Frankfurt a. M. 1892, Verlag von Johannes Alt.

Utschneider, Dr. med. Anton, Die Lendennerven der Affen und des Menschen, eine vergleichend anatomische Studie. (Münchener medicinische Abhandlungen. VII. Reihe, 1. Heft.) München 1892, Verlag von J. F. Lehmann.

Wolff, Dr. Jacob, praktischer Arzt in Berlin, Die Influenza-Epidemie 1889. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

WIENER MEDIZINISCHE PRESSE

XXXIII. Jahrg 1892 — Wochenschrift für praktische Aerzte. — XXXIII. Jahrg. 1892.

Inhalt der Nummern 12–17 vom Jahre 1892:

Einzelpreis dieses Heftes: 90 kr. = 1 M. 50 Pf.

Abonnements-Preise: „Wiener Medizinische Presse" und „Wiener Klinik": Inland: Jährlich 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährlich 20 Mark, halbj. 10 Mark, viertelj. 5 Mark. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährlich 24 M., halbj. 12 M. „Wiener Klinik" separat: Inland jährl. 4 fl., Ausland 8 M. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern u. Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

487. ***Ueber partielle Nephritis. Diagnostischer und prognostischer Werth einer nicht entfernbaren geringen Eiweissmenge im Harn.*** Von **Cuffer** und **Gaston.** *(Revue de méd. 1891. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 12.)*

Verff. besprechen unter Zugrundelegung von 4 eigenen Beobachtungen jene Fälle von Nephritis, wo nach Schwinden sämmtlicher Erscheinungen nichts zurückbleibt, als ein constanter, meist nur mässig hoher Albumingehalt des Harns. Viele Fälle sind als partielle Nephritiden zu betrachten; einzelne Theile der Niere bleiben insufficient, während der grössere Theil des Organs vollkommen gesundet. An solche Form soll man denken, wenn ein anscheinend völlig Genesener stets noch Spuren von Eiweiss darbietet und die dagegen eingeleiteten therapeutischen Massnahmen gänzlich erfolglos bleiben. Die Diagnose ist von grossem Werthe in prognostischer und therapeutischer Beziehung. Die Prognose ist eine recht gute; der Kranke kann unter Innehaltung gewisser Vorsichtsmassregeln lange leben. Die Kranken sollen nicht mit diätetischen Anordnungen gequält werden; sie sollen sich vor Erkältungen hüten und Alles vermeiden, was zu einer Congestion nach den Nieren führen könnte. Sehr nützlich erweisen sich bei ihnen die Adstringentien.

488. ***Ueber die Bedeutung des Kalkwasserzusatzes zur Kuhmilch für die Ernährung der Säuglinge.*** *Von Dr.* **Courant.** *(Centralbl. f. Gyn. 1892. 11.)*

Die auf der Breslauer Klinik ausgeführten Untersuchungen des Verf. ergaben: Die Gerinnbarkeit der Kuhmilch durch Lab wird durch Kalkwasserzusatz so beeinflusst, dass die Gerinnungsproducte denen, welche man bei der Frauenmilch erhält, ähnlich werden. Ebenso wie im Versuche erfolgt auch im Magen des Säuglings die Ausscheidung des Käses nicht mehr in grossen, festen Klumpen, sondern in zarten Flocken. Die ersteren rufen eine mechanische Reizung und abnorme Secretion der Magenschleimhaut hervor. Sie sind durch die Verdauungssäfte schwer angreifbar; durch Stagnation der Ingesta geben sie leicht Veranlassung zu abnormer Säurebildung und zu Gährungsprocessen im Darme. Von diesem Gesichtspunkte aus ist der Zusatz von Alkalien oder Erdalkalien zur Kuhmilch ein gutes Mittel, um die Verdauung derselben bei Säuglingen zu erleichtern und zu beschleunigen. Verf. hatte auf der Breslauer Frauenklinik Gelegenheit, die gute Wirkung des Kalkwasserzusatzes zur Kuhmilch bei Magendarmcatarrhen der Säuglinge zu beobachten. Kinder, die nicht Muttermilch erhalten konnten, werden in der Klinik mit nach *Soxhlet* sterilisirter

Kuhmilch ernährt. Trotz der grössten Vorsicht treten bei einer grossen Anzahl derselben Dyspepsien und Catarrhe mit den typischen Symptomen auf. Auf Kalkwasserzusatz stellte sich in nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen regelmässig in kurzer Zeit auffallende Besserung ein. Erbrechen trat seltener auf und das Erbrochene zeigte nicht mehr grobe, sondern feinflockige Gerinnsel. Die Gasbildung nahm ab. Der Stuhlgang erfolgte seltener und enthielt nicht mehr die grossen Käseklumpen von gelbgrüner Farbe, sondern wurde krümelig, gleichmässig eigelb und reagirte in geringerem Grade sauer. Die Eczeme um den Rand des Anus verschwanden. Was endlich die Menge des zuzusetzenden Kalkwassers betrifft, so genügt es, wenn man zu einer gewöhnlichen Saugflasche von circa 250 Ccm. Inhalt, die 1 Drittel gekochte Milch und 2 Drittel gekochtes Wasser enthält, circa einen Esslöffel (15—20 Ccm.) Kalkwassers zusetzt. Lässt der Geschmack zu wünschen übrig, so kann ein mässiger Zusatz von Rohrzucker bei schneller Verdauung dem Säuglinge nichts schaden.

489. ***Zur Lehre des Morbus Addisonii.*** *Von Dr.* ***Leva.*** *Aus der med. Klinik des Prof. Eichhorst in Zürich. (Virchow's Arch. Bd. CXXV. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 17.)*

Verf. hat sein Hauptaugenmerk bei den in der Züricher Klinik beobachteten Fällen von Morbus Addisoni besonders auf das Verhalten der Conjunctiven gerichtet und ausserdem genaue Harnuntersuchungen der einzelnen Fälle vorgenommen. In Bezug auf die ersteren hat sich dabei ergeben, dass von 4 Fällen, bei denen auf die Conjunctiven geachtet wurde, in dreien Fleckenbildungen gefunden wurden und Verf. glaubt daher, dass dieselben vielleicht eben so häufig wie die Pigmentirungen der Mundschleimhaut vorkommen, meistens aber ihrer Kleinheit wegen übersehen werden — unter allen Umständen ist aber die Angabe falsch, dass die Conjunctiva sclerae von Pigmentveränderungen frei bleibe. In Bezug auf die Harnausscheidung, respective die der einzelnen Harnbestandtheile liess sich kein irgendwie abschliessendes Urtheil gewinnen. Die Harnmenge war nicht wesentlich verändert, eben so liess sich keine Indicanvermehrung constatiren, was vielleicht darauf zurückzuführen ist, dass keiner der Patienten eine weit gediehene Cachexie oder starke Störungen der Verdauung darbot: in der Ausscheidung des Harnstoffes zeigte sich einmal die normale, das andere Mal eine verminderte Menge. Die übrigen Harnbestandtheile zeigten keine wesentliche Aenderung, nur das Creatinin war einmal auffallend herabgesetzt. Bemerkenswerth ist, dass in 2 zur Section gelangten Fällen eine weitverbreitete Miliartuberculose gefunden wurde. In einem dritten Falle, der bei Lebzeiten alle Erscheinungen des Morbus Addisonii darbot, ergab die Section eine hochgradige atrophische Lebercirrhose mit Icterus.

490. ***Ueber Ursachen und Wesen der Chorea.*** *Von Dr.* ***Emil Guttmann.*** *(Aerztl. Rundschau. 1892. 7. — Der prakt. Arzt. 1892. 4.)*

Verf. lehnt die neuere Theorie, wonach die Chorea embolischen Processen im Gehirn ihren Ursprung verdankt, ab und hebt den innigen Connex, in welchem diese Krankheit mit dem acuten Gelenkrheumatismus und der ulcerösen Endocarditis steht, hervor.

Nach einem Rheumatismus entwickeln sich nicht selten Endocarditis und Chorea zugleich oder nur eine von beiden. Ferner treten manchmal Endocarditis und Chorea gleichzeitig oder nach einander auf, ohne dass ein vorausgegangener Rheumatismus nachzuweisen wäre — sei es nun, dass hier jene beiden Krankheiten primär auftreten oder der Rheumatismus symptomlos, „latent", verlaufen ist; bemerkenswerth ist jedenfalls, dass es sich hierbei ganz ebenso wie bei den direct nach Gelenkrheumatismus entstandenen Herzfehlern vorzugsweise um Erkrankungen der Mitralis und weibliche Personen handelt. Ueberhaupt ist bei der Chorea analog der rheumatischen Endocarditis Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes zu constatiren. Alle diese Thatsachen lassen sich am natürlichsten dadurch erklären, dass man für die drei Erkrankungen: Gelenkrheumatismus, Endocarditis und Chorea eine gemeinsame ätiologische Basis annimmt. Dieselbe ist in dem rheumatischen Virus zu suchen, welches im einen Falle die serösen Häute, im anderen das Endocard, im dritten das Centralnervensystem (die Meningen?) afficirt. Eine Bestätigung dieser Ansicht sieht Verf. in dem therapeutischen Experiment. Die Nervina nützen in der Therapie der Chorea nichts; Arsen, vielfach wirksam, hilft vielleicht durch Aufbesserung der Constitution; dagegen leistet das antirheumatische Antipyrin vorzügliche Dienste und auch die Salicylsäure ist mit Erfolg versucht worden, doch fehlt es über die Wirkung der letzteren noch an umfassenderen Beobachtungen.

491. ***Ueber die bei jeder Respiration am Thorax sichtbaren Zwerchfellsbewegungen.*** *Von Prof.* **Litten**, *Berlin. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 13. — Der prakt. Arzt. 1892. 4.)*

Nach Verf.'s Beobachtungen kann man die Zwerchfellsbewegungen als eine physiologische, ganz constante, bei jeder Respiration wiederkehrende Erscheinung bei jedem gesunden Manne am Thorax sehen und ebenso natürlich bei jedem Kranken, soweit es sich nicht gerade um eine hochgradige Erkrankung des Respirationsapparates handelt. Die Erscheinung läuft in Form einer Wellenbewegung ab, welche beiderseits etwa in der Höhe des sechsten Intercostalraumes beginnt und als gerade Linie oder seichte Furche (welche mit den Rippen einen spitzen Winkel bildet), bei tiefster Inspiration mehrere Intercostalräume weit, zuweilen bis an die Rippenbogen herabsteigt, um bei der Exspiration um das gleiche Mass wieder in die Höhe zu steigen. Während bei tiefster Respiration das sichtbare Spiel des Zwerchfelles 2—3 Intercostalräume und darüber beträgt, schwankt dasselbe bei oberflächlicher Athmung nur um 1—1½ Intercostalräume. Die sichtbare Bewegung des Zwerchfelles kann die ganze Breite der Thoraxseiten betragen, so dass die sichtbare Abgangslinie des Zwerchfelles von der Axillarlinie bis zum gleichseitigen Sternalrande reicht, in anderen Fällen sieht man dieselbe nicht in dieser ganzen Ausdehnung, sondern vielleicht nur zwischen Axillar- und Parasternal- oder Mammillarlinie, oder nur in einem oder dem anderen Intercostalraum. Diese Erscheinung ist häufiger rechts ausgeprägter zu sehen als links. Auch auf dem Rücken kann man das Spiel des Zwerchfelles zuweilen sehr schön sehen. Da der costo-abdominale Athmungstypus vorzugsweise bei Männern vorkommt, ist diese Erscheinung auch ganz vor-

zugsweise an diese gebunden; bei Frauen und namentlich bei Kindern ist sie auch sehr häufig, aber nicht absolut constant zu beobachten. Man sieht diese sichtbaren Zwerchfellsbewegungen ganz deutlich weder im Stehen, noch beim Sitzen der betreffenden Individuen, sondern lediglich im Liegen, wobei der zu Untersuchende die horizontale Rückenlage einnimmt, wenn man die Bewegungen an der Vorderfläche des Thorax, die Bauchlage, wenn man sie am Rücken beobachten will. In der Seitenlage sieht man sie nicht, während man sie an der Vorderfläche des Thorax selbst bei Männern mit starkem Panniculus ganz deutlich wahrnehmen kann. Um die Erscheinung wahrnehmbar zu machen, muss der zu Untersuchende so gelagert sein, dass er in's Licht sieht und dass das volle Tageslicht auf den Thorax fällt, während der Beobachter vorn und etwas seitlich steht. Am zweckmässigsten ist es, wenn das Bett vor einem Fenster steht. Bei künstlicher Beleuchtung muss das Licht einer Lampe so auf den Thorax geworfen werden, dass es möglichst schräg einfällt; eine diffuse künstliche Erleuchtung des Krankenzimmers genügt nicht. Wer den Ablauf der Wellenbewegung des Zwerchfelles einmal gesehen hat, erkennt dieselbe immer wieder und wird sie mit nichts Anderem verwechseln. Zunächst ist diese Erscheinung geeignet, dem angehenden Arzte den Unterschied in der Wirkung zwischen oberflächlicher und tiefer Respiration ad oculos zu demonstriren. Aber abgesehen von dieser didactischen Bedeutsamkeit des Phänomens, überzeugt uns ein Blick auf die sichtbaren Zwerchfellsbewegungen bei tiefer Respiration, ob die Athmung frei und ungehindert von Statten geht; er zeigt uns, um wie viel das Zwerchfell bei tiefster Inspiration herabsteigt. Verf. hat durch die systematische Beobachtung dieser Erscheinung die Thatsache bestätigt, dass selbst bei erheblicheren exsudativen Ergüssen der Pleura eine Verschiebung des Zwerchfelles und damit der Grenzen des Exsudates bei der Respiration, wenn auch in geringem Grade, stattfindet. Während also auf der Seite des pleuritischen Ergusses die sichtbaren Ausschläge (Verschiebungen) des Zwerchfelles sehr gering sind, sieht man auf der anderen (gesunden) Thoraxseite die Bewegung desselben in ganz normaler Weise. Auch bei einer Pericarditis mit geringem Exsudat hat Verf. noch eine geringe, aber deutliche Verschiebung des Diaphragma auf der linken Seite durch die Inspection wahrnehmen können, während auf der rechten Seite die sichtbaren Excursionen desselben die normale Ausdehnung hatten. Andererseits hat er keine Spur einer Zwerchfellsbewegung constatiren können in einem Falle von melanotischem Sarcom der Leber, bei welchem der 22 Pfund schwere Lebertumor das Zwerchfell bis an den unteren Rand der dritten Rippe (rechts) in die Höhe gedrängt und dasselbe so festgestellt hatte, dass jede Spur einer respiratorischen Verschiebung fehlte. Dasselbe würde bei einer Lähmung des Zwerchfelles der Fall sein. Auch beim Emphysem kann man die Bewegungen desselben zwar noch wahrnehmen, doch sind die Ausschläge des Zwerchfelles, welches erheblich tiefer steht, geringer als normal. Es ist somit möglich, durch einen Blick auf den Thorax sich über die normale Bewegungsfähigkeit des Zwerchfelles zu orientiren.

492. ***Zur Kenntniss der Oxalsäureausscheidung bei Lipomatosis universalis.*** *Von Prof. Dr.* **E. Heinr. Kisch,** *Prag-Marienbad. (Berlin. klin Wochenschr. 1892. 15.)*

Im Gegensatze zu der bisher meist üblichen Abschätzung der Ausscheidung abnorm grosser Mengen von Oxalsäure im Harn (Oxalurie) nach der aus dem Harne ausgefallenen Menge von krystallisirtem Kalkoxalat mittelst des Mikroskopes hat Verf. durch eine genaue quantitative Bestimmung der im Harne ausgeschiedenen Oxalsäure den exacten Nachweis einer Vermehrung der letzteren zu geben versucht und ist auf solche Weise der Frage näher getreten, ob bei hochgradiger Fettleibigkeit die Menge der im Harne ausgeschiedenen Oxalsäure wesentlich vermehrt sei. Die Oxalsäurebestimmung fand nach der Methode von *Neubauer* mit den Verbesserungen von *Fürbringer* und *Czapek* statt. In neun derartig untersuchten Fällen fand nun Verf., dass nur in einem Falle die Ausscheidung einer abnorm grossen Menge von Oxalsäure im Harne, 40·0 Mgrm. in 1 Liter nachgewiesen werden konnte, während in vier dieser Fälle die im Harne ausgeschiedene Oxalsäuremenge sich ohngefähr auf normaler Höhe hielt (18·0—11·7—11·3 bis 11·0 Mgrm. in 1 Liter) und in weiteren vier Fällen unter die Norm herabsank (7·5—5·8—5·4—4 9 Mgrm. in 1 Liter). In dreien dieser Fälle war beträchtlicher Zuckergehalt des Harnes vorhanden, jedoch ohne dass dabei eine grössere Ausscheidung von Oxalsäure im Harne nachweisbar war, was hervorgehoben wird, weil man die häufige Congruenz von Diabetes und Oxalurie betont hat. Um zu ersehen, ob die Marienbader Entfettungscur einen Einfluss auf die Ausscheidung der Oxalsäure hat, wurden durch Verf. auch diesbezügliche quantitativ-analytische Untersuchungen vorgenommen, welche erwiesen, dass diese Cur eine Verminderung der Oxalsäuremenge im Harne zur Folge hat. Aus den Untersuchungen zieht Verf. die allgemeinen Schlüsse, dass eine genaue quantitative Bestimmung der Oxalatausscheidung im Harne zu anderen Resultaten gelangt, als der blosse mikroskopische Befund von Oxalatkrystallen, und dass die gewöhnliche Annahme, bei hochgradiger Fettleibigkeit sei Oxalurie eine häufige Erscheinung, einer Correctur bedarf. *O. R.*

493. ***Ueber Lungenemphysem.*** *Von* **P. Grawitz.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 10. — St. Petersburg. med. Wochenschr. 1892. 15.)*

Nach *Traube* soll das wahre Lungenemphysem dadurch zu Stande kommen, dass beim trockenen Catarrh der Bronchien ein Verschluss kleinster Luftröhrenästchen durch zähen Schleim stattfindet, und dass alsdann sowohl bei der Erweiterung des Brustraumes bei der Einathmung, als auch bei der Ausathmung und bei Hustenstössen der dahinter liegende Abschnitt der Lunge unter hohen Druck geräth, welcher Schwund der Alveolarscheidewände zur Folge hat. Um letzteren Schwund zu erklären hält *Virchow* den mechanischen Druck allein nicht für ausreichend, er glaubt vielmehr, dass das Lungengewebe vorher eine gewisse Schwäche besessen habe, welche den später eintretenden Schwund vorbereitet. Verf. erscheinen beide Erklärungsversuche ungenügend, da die Haupteigenthümlichkeiten des wahren Emphysems, nämlich seine besondere Localisation an den scharfen Lungenrändern und der Pigmentmangel der

emphysematös veränderten Stellen, dadurch nicht erklärt werden. Alle, sowohl die peripher gelegenen Lungenbezirke, als auch die central gelegenen, stehen stets unter gleichem Luftdruck, dagegen werden letztere durch zahlreiche Anastomosen seitens der Bronchialarterien besser mit Blut versorgt, als erstere; deswegen können Ernährungsstörungen in den Randpartien der Lunge leichter vorkommen. Nach wochenlanger chronischer Vergiftung von Kaninchen mit Phosphorwasserstoffinhalationen findet sich in Folge auftretender Circulationsstörung neben ödematöser Beschaffenheit der Gewebe in den Randpartien der Lungen das Bild des wahren Emphysems. Bei dieser Form des Emphysems, das Verf. „hydropisches Emphysem" nennt, findet aus den stark erweiterten Lymphwegen des Bindegewebes eine Anschwemmung des Pigments statt. Beim herzkranken Menschen beobachtet man hydropisches Emphysem in Folge zeitweiliger Herzschwäche.

Eine zweite Art des Emphysems bezeichnet Verf. als „entzündliches Emphysem". Um das Zustandekommen desselben zu erklären, benützt er die Resultate seiner neuesten Arbeiten über das Verhalten der Bindegewebszellen bei progressiver Ernährungsstörung. Nach Verf. bestehen die Bindegewebsfibrillen aus den ursprünglichen embryonalen Bindegewebszellen selbst durch Umwandlung, andererseits kann unter krankhaften Ernährungsstörungen das fertige faserige Bindegewebe wieder in den ursprünglichen, dem Embryo eigenthümlichen, rein zelligen Zustand zurückkehren. Von besonderer Wichtigkeit ist diese Auflösung der festen Bindegewebslagen in frei beweglichen Zellen für die Erklärung des Pigmentschwundes aus dem Lungenparenchym bei entzündlichen Processen in der Lunge. Aus den langen perlschnurartig aufgereihten Pigmentkörnchen werden wieder Spindelzellen, die die erweiterten Saftcanäle füllen und fortwandern. Verf. fand in sehr stark kohlenpigmenthaltigen Lungen die entzündeten Partien hellroth, fast pigmentfrei; das Pigment war aus letzteren in das Gewebe der Milz und Leber angeschwemmt. Auch nach Ablauf der Entzündung sticht die erkrankt gewesene Stelle durch ihren Mangel an Farbstoff von den gesund gebliebenen ab. Werden solche Abschnitte des Bindegewebes und der Alveolen, welche bei der Entzündung eine vollständige Umbildung erfahren hatten, nur unvollständig oder gar nicht zurückgebildet, so entsteht eine Atrophie, d. h. ein Emphysem, das wegen seiner Entstehungsart als entzündlich bezeichnet werden kann. Auch bei länger dauernder mangelhafter Ernährung, besonders im hohen Alter, erfährt das Bindegewebe eine Rückbildung in der Weise, dass Bindegewebsfasern wieder zu Zellen werden, gleichzeitig findet ein Uebertritt von pigmenthaltigen Zellen in die Lymphbahn statt und ein Verschwinden der Kohle aus den atrophischen Bezirken — „atrophisches Emphysem" —; es entsteht als Altersemphysem am häufigsten in den scharfen Lungenrändern, wo die schwächste Circulation besteht und betrifft nicht nur die Alveolarsepta, sondern auch das Bindegewebe und lässt in der Regel nur in dem Pleuraüberzug noch einen Theil intacter kohlenstaubhaltiger Zellen unberührt fortbestehen. „Das wahre Lungenemphysem ist also ein Schwund von Alveolarsepten und Bindegewebe, welcher entweder durch eine

vorausgegangene Entzündung unter dem Erwachen der Grundsubstanz zu zelligen Elementen verursacht ist, oder demjenigen langsamen Umbildungsprocess der Fasern zu Zellen bei schwach ernährten und greisen Individuen zuzuschreiben ist, den wir bisher ohne eine Kenntniss der histologischen Vorgänge als einfache Atrophie oder insensible Atrophie des Bindegewebes bezeichnet haben."

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

494. ***Chronische Nitrobenzinvergiftung.*** *Von Dr.* ***J. W. Warfvinge****, Stockholm.*

In einer Bellitfabrik zu Rotebro, deren Fabriksräume eng und schlecht ventilirt waren, erkrankte in Folge der Einathmung der Nitrobenzoldämpfe ein grosser Theil der Arbeiter. Bei einem, der im Krankenhause Sabbatsberg behandelt wurde, trat schon in der ersten Woche schwerer Kopfschmerz ein, später Mattigkeit und Schwäche im ganzen Körper und rasche Ermüdung beim Gehen. Nach 2—3 Monaten stellte sich Würgen und Erbrechen, starke Abnahme des Appetits und Stuhlträgheit ein und die Excremente nahmen eigenthümliche röthliche Färbung an. Der Urin wurde nach dem ersten Monate syrupdick, rothbraun. Unruhiger Schlaf und psychische Depression stellten sich ein. Nach vier Monaten kam es zu Ameisenkriechen in Zehen und Fingern, die sich anfangs langsam, später schneller von der Aussenfläche des Unterschenkels bis zum Knie und von den Fingern bis über die Hände verbreiteten. Auch verspürte der Kranke eine Art Rauschen, das, von den Füssen ausgehend, durch den ganzen Körper sich verbreitete. Der Kopfschmerz wurde intensiver, von Schwindel, Flimmern vor den Augen und Ohrensausen begleitet, die Motilität der Beine stark herabgesetzt; dazu trat Zittern der Arme und Hände und Herabsetzung des Gefühles an Füssen, Unterschenkeln und Händen. Zwei Tage lang war das Sprachvermögen gestört, kehrte aber wieder. Nachdem die Erscheinungen nach dreimonatlicher Spitalsbehandlung sich in allen Beziehungen gebessert, musste er nach weiterem viermonatlichen Aufenthalte in der Fabrik wegen wieder eingetretener grosser Mattigkeit, schwerem Kopfschmerz, reissenden und ziehenden Schmerzen in Armen und Händen und gelinden Schmerzen in den Füssen, besonders beim Gehen auf unebenem Boden, Ameisenkriechen auf dem vorderen Theile der Rückenfläche und in der ganzen Planta beider Füsse und Tremor auf's Neue ärztliche Hilfe suchen. Die Untersuchung ergab geringe Herabsetzung des an anderen Körpertheilen normalen Gefühles an den Füssen und Unsicherheit des Ganges bei verbundenen Augen; die Reflexe waren normal. Die Erscheinungen schwanden im Hospitale innerhalb eines Monats. *Husemann.*

495. ***Todesfall in Folge der Bromäthylnarcose.*** *Von Dr.* ***Gleich****. Vortrag in der Gesellsch. d. Aerzte. Sitz. vom 11. März 1892.*

Die Anzahl der an *Billroth's* Klinik mit Bromäthyl ausgeführten Narcosen war bis auf 300 gestiegen, ohne dass irgend

eine unangenehme Erscheinung eintrat. In den letzten Tagen ereignete sich ein Todesfall bei einem ambulatorischen Kranken mit einem handtellergrossen Furunkel am Oberarme. Während der in gewöhnlicher Weise vorgenommenen Narcose ist Patient plötzlich cyanotisch gewordon, Respirations- und Herzstillstand traten ein und die durch $1^1/_2$ Stunden fortgesetzte künstliche Athmung blieb ohne Erfolg. Die von Prof. *Hofmann* vorgenommene Section ergab Folgendes: Beide Lungen an die Pleura angewachsen. Herzfleisch von deutlich fettigem Aussehen, leicht zerreisslich. Die mikroskopische Untersuchung ergab fettige und parenchymatöse Degeneration des Herzmuskels, der Leber und der Nieren. Das Gehirn zeigte (entgegen den Sectionsbefunden bei Chloroformtod) keine starke Hyperämie. Dieser Befund lässt die Annahme zu, dass auch ein anderes Narcoticum dem Patienten gefährlich geworden wäre.

496. ***Ueber den Uebergang des Alkohols in die Milch.*** *Von Dr. **J. Klingemann**. (Virchow's Archiv. Bd. CXXVII. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 10.)*

Nach älteren Angaben war von ziemlich starken Gaben Weingeist, einer Ziege beigebracht. in der ausgemolkenen Milch Nichts wiederzufinden. Die Wiederholung dieser Untersuchung nach neueren Methoden hatte insoferne ein abweichendes Ergebniss, als allerdings bei 50 Ccm. absoluten Alkohols die Milch keine Spur davon darbot, wohl aber bei 100 bis 200 Ccm. Das Thier war nach diesen Gaben schwer betrunken und in der Milch hatte es 0·25 und 0 3% d·s aufgenommenen Alkohols. Am Menschen waren bisher noch keine Versuche nach dieser Richtung angestellt worden. In der Bonner geburtshilflichen Klinik bot sich dazu Gelegenheit. Eine Wöchnerin, die vor drei Tagen geboren hatte, bekam 375 Ccm. Schaumwein; er war 12 Volumprocent stark und die hier gereichte Menge enthielt 45 Ccm. Alkohol. Dieselbe Frau bekam behufs einer zweiten Untersuchung einige Tage später dasselbe Quantum und eine andere säugende Frau 320 Ccm. eines 18%igen alten Portweines, also gegen 58 Ccm. Alkohol. Die Milch wurde jedesmal wiederholt ausgepumpt und jede einzelne Portion bis zur 25. Stunde nach der Aufnahme des Getränkes untersucht. Alle drei Versuchsreihen hatten das übereinstimmende Ergebniss, dass keine Spur Alkohol in der Milch gefunden wurde. Die Untersuchung wurde an deren Destillate vorgenommen durch Bestimmen des specifischen Gewichtes und ferner durch Bestimmen der Dampfspannung vermittelst des *Geissler*'schen Vaporimeters. Dieses Instrument lässt noch Unterschiede von 0·05% Weingeist deutlich erkennen, war also für die vorliegende Untersuchung genau genug. Vorversuche mit genauen kleinen Mengen Alkohol. die zu Kuh- und Ziegenmilch zugesetzt, dann abdestillirt und nach beiden Methoden bestimmt worden waren, hatten deren Genauigkeit festgestellt. Die säugende Brustdrüse verarbeitet mithin den Weingeist energischer, als die Niere, die Haut und die Lunge das thut. Der Procentsatz des in ihren Ausscheidungen wiedergefundenen Weingeistes geht zusammen bis zu etwa 4 bei ungefähr ähnlichen Mengen, wie hier den Frauen gegeben wurden. Praktisch genommen ist also nichts dagegen zu sagen, dass säugende Frauen kleine Mengen geistiger Getränke geniessen, vorausgesetzt, dass

diese gut sind, denn wie sich die Fuselöle und andere betäubende Bestandtheile verhalten, ist nicht bekannt. Die Versuche von *Klingemann* bilden den Abschluss einer Reihe die Ausscheidung des Alkohols aus dem menschlichen Körper betreffender, welche in dem Bonner pharmakologischen Institut seit 1876 angestellt worden sind.

497. ***Ueber ein neues Stypticum und über die Möglichkeit, die Coagulationsfähigkeit des Blutes in den Gefässen bei Hämophilie, Aneurysmen und inneren Blutungen zu steigern.*** *Von* ***St. Wright****, London. (Brit. med. Journ. 1891. 19. — Ther. Monatsh. 1892. 2.)*

Verf. hat ursprünglich eine Lösung des Fibrinferments mit Erfolg als Stypticum benutzt; er kam aber später zur Ueberzeugung, dass die Gerinnung noch beschleunigt werden kann, wenn man eine 1%ige Calciumchloridlösung hinzufügt. Dieses Stypticum entfaltet seine Wirkung nur auf das Blut, während die übrigen Gewebe von ihm vollständig unverändert gelassen werden. Verf. gelang es mit diesem Mittel, bei Thieren die Blutung nach Durchschneidung der Vena jugularis communis, der Vena axillaris, der Art. hepatica sofort zum Stehen zu bringen. Ferner beobachtete er, dass arterielles und venöses Blut ausserhalb des Körpers unter Zusatz des genannten Reagens beträchtlich rascher coagulirt, als ohne dasselbe. Beim Menschen ist bis jetzt nur einmal ein derartiger Versuch nach supravaginaler Cervixamputation mit gutem Erfolg gemacht worden. Verf. ist der Meinung, dass sich das Mittel bei unstillbarem Nasenbluten, bei Hämophilie, bei Blutungen, in denen es nicht möglich ist, die Gefässe zu ligiren, bewähren wird. Um die Coagulationsfähigkeit des Blutes innerhalb der Gefässe zu steigern, empfiehlt Verf. Kalksalze per os oder durch intravenöse Injectionen zu appliciren. Die Gefahr der Gerinnung in den Gefässen selbst tritt nicht ein, das Blut behält seine ursprüngliche Flüssigkeit. Zwecks Herstellung des Stypticums wird das Blut von Herbivoren in der dreifachen Menge Wasser aufgefangen, dann bis zum Beginn der Gerinnung stehen gelassen und durch Schlagen defibrinirt. Das auf diese Weise erhaltene Fibrin wird durch Auswaschen im Wasser vom Blutpigmente gereinigt und dann für einige Zeit in starken Alkohol gebracht. Nach Entfernung des letzteren kann hieraus das Fibrinferment durch Extraction mit sterilisirtem Wasser gewonnen werden. Hierzu wird dann eine 1%ige Lösung von Calciumchlorid hinzugesetzt.

498. ***Die purgirende Methode bei Behandlung der Neuralgien.*** *Von Prof. Dr.* ***E. Heinrich Kisch****, Prag-Marienbad. (Therap. Monatsh. 1892. April.)*

Nach den Erfahrungen des Verf., die auch von *Gussenbauer* u. A. bestätigt werden, erscheint es gerechtfertigt, eine Gruppe von neuralgischen Affectionen als Coprostase-Reflexneurosen zu bezeichnen und demgemäss zu behandeln. Man muss an reflectorische Nervenerregungen denken, welche ihren Ausgangspunkt von Störungen des Verdauungstractes speciell von der Stuhlverstopfung nehmen und in einem Falle eine hemicranische Neuralgie auslösen, in einem anderen Falle intermittirende Schmerzanfälle in einem Aste oder auch mehreren Aesten des Trigeminus, die typischen convulsivischen

Muskelbewegungen im Bereiche der Gesichtsmusculatur und eine Reihe vasomotorischer Erscheinungen reflectorisch verursachen und wiederum in anderen Fällen zu reflectorischen Neurosen, wie Ischias, Lumboabdominalneuralgien u. s. w. Anlass geben. Diesem ätiologischen Zusammenhange muss therapeutisch Rechnung getragen werden, und es geschieht dies durch systematische Anregung der Darmfunction, durch Beseitigung der dyspeptischen Störungen, und der Erfolg rascher Heilung oder entschiedener Besserung derartiger, lange bestehender, durch Nervina und Narcotica vergeblich behandelter Neuralgien rechtfertigt am besten die obige Annahme. Die Methode *Gussenbauer's* der Behandlung der Trigeminusneuralgien besteht darin, dass die Obstipation durch die Anwendung täglicher, mit der Clysopompe applicirten Kaltwasserclysmen bekämpft wird, in besonders hartnäckigen Fällen werden diese Clysmen mit einem elastischen Darmrohre ausgeführt; die Wirkung wird durch die continuirlich getragenen feuchtwarmen Einpackungen des Abdomens, kalte Waschungen des Unterleibes, Massage, eventuell auch kalte Abreibungen des ganzen Körpers, Dampfbäder mit kalten Douchen zweckentsprechend unterstützt. Dabei wird den Kranken eine leicht verdaulich gemischte Kost verabreicht, welche in besonders hartnäckigen Fällen durch eine temporäre Milchdiät ersetzt werden kann. Damit werden, je nach der Jahreszeit, in welche die Behandlung fällt, geeignet geregelte Bewegung und Spaziergänge im Garten verbunden. Diese Behandlung muss consequent methodisch täglich ohne Unterbrechung längere Zeit, 2, 4—6 Wochen hindurch, fortgesetzt werden.

Es ist eine Erfahrungsthatsache, dass die Durchführung zweckmässiger diätetischer Massnahmen durch längere Zeit am systematischsten in einem Curorte geschieht, wo sich der Patient, losgelöst von seinen häuslichen Verhältnissen, dem Zwange der auferlegten Gebote in Bezug auf Qualität und Quantität der Speisen und Getränke fügt. Dieser Umstand in Verbindung mit der Bedeutung der Glaubersalzwässer für Regelung der Magen- und Darmthätigkeit lässt es wohl erklärlich erscheinen, dass in Marienbad ein sehr günstiges Terrain für Bekämpfung der Neuralgien mittelst Durchführung der purgirenden, oder, richtiger gesagt, auf den Darm ableitenden Methode gegeben ist. Was nun die Methode der Anwendung des Marienbader Kreuz- oder Ferdinandsbrunnen bei den in Rede stehenden Neuralgien betrifft, so legt Verf. das grösste Gewicht auf eine systematische Anregung des Darmmechanismus durch mehrere Wochen, begleitet von einer strengen Regelung der Diät, bis der Endzweck erreicht ist, dass täglich spontane, ausgiebige, der Quanität nach genügende Stuhlentleerungen folgen, der Appetit sich bessert, der Zungenbelag abnimmt, das Gefühl von Druck und Aufgetriebensein des Unterleibes schwindet, das Aufstossen, der Meteorismus, die Neigung zur Flatulenz aufhören. Keineswegs darf nach den ersten 8 bis 14 Tagen, wenn sich diese anzustrebende Wirkung noch nicht kund gibt, mit der Trinkcur aufgehört werden. Bei sehr hartnäckigen Obstipationszuständen ist noch eine Unterstützung dieser Trinkcur durch andere Proceduren, welche auf die Darmperistaltik anregend wirken, nothwendig. In dieser Beziehung wendet Verf.

seit Jahren mit ausserordentlich günstigem Erfolge systematisch Moorcataplasmen auf den Unterleib an. Um alte, angesammelte Kothmassen aus dem Darme zu entfernen, bedient Verf. sich auch der Eingiessungen mit dem besonders kohlensäurereichen Ferdinandsbrunnen, dann der Massage und der Faradisation des Darmes. Was das diätetische Verhalten betrifft, so muss die Quantität der erlaubten Speisen entsprechend den Verdauungskräften geregelt und besonders das „zu viel" sorgfältig vermieden werden. Betreffs der Qualität müssen alle jene Nahrungsmittel verboten werden, welche geeignet sind, selbst Stuhlverstopfung zu verursachen. Ebenso ist der Genuss herber, rother Weine und starker Biere schädlich. Wo bedeutende Trockenheit der Entleerungen auf geringe Secretion des Darmsaftes hinweist, da passen besonders solche Nahrungsmittel, die viel flüssige Bestandtheile enthalten, so Milch, Fleischbrühen, weisser Kaffee, Thee, der nicht länger als durch 5 Minuten aufgegossen wurde, weisses Fleisch, Kalbfleisch, Geflügel, Butter, leicht verdauliche Gemüse, gekochtes Obst, Compot. In anderen Fällen wiederum, wo besonders die Muscularis des Darmtractus unzulänglich arbeitet, die Magenverdauung träge und langsam ist, wird eine mehr reizende Nahrung mit gehöriger Auswahl angezeigt sein, so die an Extractivstoffen reicheren Fleischsorten älterer Thiere in gebratener Form, Grahambrot, Speisen mit Zusatz von Gewürzen und pikanten Saucen, Caviar, Salzsardellen, Häringe, leichte Biere, weisse Weine. Angemessene körperliche Bewegung sind wichtige Hilfsmittel zur Beseitigung der Stuhlverstopfung. Diese combinirte Methode führte auch in recht hartnäckigen, ja verzweifelten Fällen solcher Coprostasereflexneurosen zum Ziele. Zumeist erfolgt schon nach 1—2 Wochen, zuweilen aber auch erst nach 5—6 Wochen mit der Besserung der dyspeptischen Erscheinungen und Regelung der Defäcation auch eine Minderung der Schmerzen, ein selteneres Auftreten der Schmerzanfälle, Herabsetzen der heftigen Paroxysmen auf ein blosses, dumpfes Schmerzgefühl, ja sogar vollkommene Heilung der Neuralgien. Schliesslich erwähnt Verf., dass die vorwiegende Anzahl derartig günstig behandelter Neuralgien solche im Bereiche des Trigeminus und Ischiadicus betraf.

499. ***Ein neues Heilverfahren gegen Infectionskrankheiten.*** *Von Dr.* ***A. Chelmonski.*** *Vorläufige Mittheilung. (Medycyna. 1892. 11. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 35.)*

Verf. verfolgt die Idee, die Infectionskrankheiten durch Injectionen von Bacterienproducten heilen zu können. Das wässerige Rindfleischextract (1 : 1) wurde, nachdem es 7—10 Tage der Fäulniss ausgesetzt ward, am milden Feuer 1—2 Minuten lang gekocht und mehrmals filtrirt. Das Filtrat (eine hellgelbe, durchsichtige oder leicht opalisirende, nach Bouillon riechende, neutral oder schwach sauer reagirende Flüssigkeit von 1010—1012 spec. Gew.) wurde entweder rein zu Injectionen gebraucht, oder, nachdem es bis zur Syrupconsistenz abgedampft, bei 100° C. bis zum constanten Gewicht eingetrocknet, abgewogen, wurde es zu Lösungen von verschiedenen Concentrationen verwendet. Die Wirkungskraft verschiedener auf dieselbe Weise zubereiteter Lösungen ist nicht immer die gleiche; das Filtrat unterliegt leicht

der Fäulniss, es kann schon innerhalb 20—30 Tagen seine Wirkungskraft einbüssen. Nachdem Verf. die Wirkungsweise der Injectionsflüssigkeit an Kaninchen, dann an sich selbst erprobt hatte, injicirte er dieselbe einigen Patienten — bis jetzt ausschliesslich Typhuskranken (Typhus abdominalis). — Mit kleinen Dosen beginnend, stieg er bis zur Einzeldosis von 0·001—0·008 Grm. des eingedickten Extractes, was 0·1—0·5 Cm. des Filtrates entspricht. Die Reaction verlief folgendermassen: Die Temperatur sank während 1—6 Tagen kritisch oder lytisch, ohne einen charakteristischen Typus einzuhalten. Gleichzeitig tritt profuser Schweiss auf. — Die Pulsfrequenz verhielt sich der Temperatur entsprechend. Puls voll, kräftig. Die Athemfrequenz geht mit der Temperatur parallel. Die Diarrhoe hört schon nach ein paar Tagen auf. Ebenso verschwinden der Husten und die Roseola. Die Zunge wird feucht. Die Milzvergrösserung kann den Temperaturabfall um einige Tage überdauern. Das Allgemeinbefinden bessert sich auffallend rasch, der Appetit stellt sich rasch ein. Die Reaction bei gesunden Menschen stellt sich folgendermassen dar: Die Temperatur fängt in 5—8 Stunden nach der Injection an zu steigen. Eine leichte Schläfrigkeit, geringer Kopfschmerz, Muskelschmerzen, Kältegefühl, zuweilen leichtes Frösteln, Hitzegefühl und Schweiss gehen der Temperatursteigerung voran. Der Puls bleibt immer regelmässig, voll und kräftig. Die Reaction dauert 24, zuweilen 36 Stunden. Verf. ist sich der Unreife der Frage in Folge einer zu geringen Anzahl der beobachteten Fälle vollständig bewusst und zieht aus seinen Experimenten keine weitläufigen Schlüsse.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

500. ***Das Oxychinaseptol (Diaphtherin) in der chirurgischen Praxis.*** *Von Dr.* ***Kronacher****, München. (München. med. Wochenschr. 1892. 19.)*

Nachdem durch *Emmerich* erwiesen worden war, dass das Diaphtherin eine labile Verbindung von 1 Mol. Oxychinolin mit 2 Mol. phenolsulfonsaurem Oxychinolin kräftige, antibacterielle Eigenschaften besitzt, und zwar schon in ganz geringer Concentration (0·3 Procent), dass auch ferner die Giftwirkung dieses Körpers gegenüber dem thierischen Organismus eine geringe sei, hat Verf. seit circa einem Jahre dieses Mittel in der chirurgischen Praxis auf seine antiseptischen Eigenschaften untersucht; dasselbe fand bei einer Anzahl von Operationen, ferner bei Geschwüren, Verbrennungen u. a. Anwendung. Die Handhabung ist eine bequeme. Die Substanz erscheint in Pulver- oder Pastillenform, auch in 30—50procentigen Lösungen. Die praktischeste und billigste Form ist das Pulver. Es ist in Wasser in jeder Concentration leicht und rasch löslich, besser in warmem als in kaltem. Für die Instrumente kann das Diaphtherin, wenigstens längere Zeit, nicht gut benützt werden. Bei Berührung mit nicht rein vernickelten Instrumenten bilden sich nach 15 Minuten währender Einwirkung schwärzliche Niederschläge, rein vernickelte Instrumente werden nicht angegriffen. Die äussere Hautbedeckung wird wenig oder gar nicht verfärbt,

nur färben sich die Nägel der Hand schwach gelblich; derartige Niederschläge sind jedoch sehr rasch mit Wasser wieder abzuwaschen. Bei vorherigem Gebrauche von Sublimat sind die Niederschläge intensiver. Die Hände der Operateure werden nicht wie bei Carbol oder Sublimat alterirt. Die Farbe des Oxychinaseptols ist schwefelgelb, sein Geruch leicht phenolartig. Zuerst fand das Mittel Anwendung bei einer Anzahl von Beingeschwüren, Panaritien, Furunkeln und Carbunkeln, alsdann bei kleineren, auch grösseren Verwundungen, weiterhin bei einer Reihe anti-, respective aseptischer Operationen. Die hierzu verwendete Lösung war $^1/_2$—2 Procent, meist 1 Procent. Die Instrumente wurden wegen der oben bezeichneten Missstände in Carbol gelegt, zu allem Anderen wurde Diaphtherin genommen. Die Wunden und ihre Umgebung verhalten sich völlig reizlos, in wenigen Fällen wird seitens der Pat. über geringes, sehr bald wieder verschwindendes Brennen, welches das Diaphtherin in der Wunde verursacht, geklagt. Die Wundflächen und ihre umgebenden Gewebe werden nicht verfärbt, höchstens bei gleichzeitiger Einführung von Instrumenten, wobei sich geringe schwärzliche Niederschläge bilden. Die letzteren sind jedoch ganz ungefährlich; die durch Sublimatgebrauch entstehenden sind jedenfalls weniger gleichgiltig. Ein Anätzen, wie es bei Sublimat und Carbol geschieht, findet auf den Wundflächen nicht statt. Eczeme u. dergl. sind in der Umgebung der Wunden ausgeschlossen. Auch treten mit den Wundsecreten nicht so leicht Gerinnungen ein, wie dies bei anderen Antisepticis geschieht, das Oxychinaseptol dringt rasch und leicht in die umgebenden und tiefer liegenden Schichten ein — eine Eigenschaft, die man auch ausserhalb des Körpers, z. B. bei Gelatinebeträufelung, beobachten kann. Irgend eine schädliche Einwirkung auf den Organismus bei längere Zeit dauernder Anwendung, wie es grössere Operationen, z. B. Mammaamputation mit Entfernung der zugehörigen Drüsen, erfordern und bei welchen grössere Körperflächen in steter Berührung mit dem Mittel sind, findet nicht statt. Als feuchter Verband nach Verbrennungen oder gar bei Beingeschwüren leistet das Diaphtherin Vortreffliches. Bei wochenlangem Gebrauche tritt keinerlei Reizung seitens des Geschwüres und seiner Umgebung ein, die Wundflächen reinigen sich rasch, sehen stets frisch aus, bald bilden sich gesunde Granulationen, die Ueberhäutung schreitet rasch vorwärts. Die Wirkung bei solchen Erkrankungen (Geschwüren von den grössten Dimensionen) ist ganz eigenartig; fast müsste man hier dem Diaphtherin eine heilende Wirkung zuschreiben. Das Diaphtherin ist also zweifelsohne ein neues Antisepticum mit vorzüglichen Eigenschaften, es hat ganz bedeutende antibacterielle Eigenschaften in geringer Concentration; Thierexperiment und Erfahrungen am Menschen haben seine geringe Giftwirkung erwiesen, hierin dürfte es sich mit Vortheil von Carbol und Sublimat unterscheiden; es ist weiterhin ein chemisch reiner Körper, eine Eigenschaft, die es vor vielen der neuestens empfohlenen Antiseptica voraus hat. Die oben geschilderte Neigung, Niederschläge zu bilden, ist belanglos. *—sch.*

501. ***Studien in Nierenchirurgie.*** *Von* ***Ivar Svensson.*** *(Arsberättelse från Sabbatsbergs Sjukdom. X. 50.)*

Die moderne Nierenchirurgie hat es mit vier grossen Operationen zu thun, mit der Nephrectomie, der Nephrorhaphie, der

Nephrotomie und der Nephrolithotomie. Von diesen ist die erstgenannte stets als das Ultimum refugium zu betrachten. Sie ist besonders indicirt bei localem Nierenkrebs und in gewissen Fällen von Nierentuberculose. Verf. hat sie dreimal ausgeführt, zweimal mit glücklichem Erfolge, während im dritten der Tod die Folge allgemeiner Carcinose war. In dem einen günstigen Falle (bei Nierentuberculose) trat nach der Operation entschiedene Besserung des Allgemeinzustandes ein. Völlig verwerflich ist die Nephrectomie bei beweglicher oder Wanderniere, wo die Nephrorhaphie ihre Indication findet. Man fixirt dabei die Niere mittelst Seidenfäden (nicht mit Catgutsuturen!), die man quer durch das Nierenparenchym führt, wobei man sich davor hüten muss, zu fest zu binden, damit die Fäden keine Zerreissung des brüchigen Nierenparenchyms machen. Die verschiedenen Bandagen, die man bei Wanderniere vorgeschlagen hat, helfen nach den Erfahrungen des Verf. nicht viel; nur bei Vorhandensein von Hängebauch und schlaffen Bauchdecken kann eine bruchbandähnliche Vorrichtung die Niere zurückhalten. In den beiden von Verf. ausgeführten Nephrorhaphien war die Niere noch nach mehreren Jahren (in dem einen nach 6 Jahren) in richtiger Lage, und in dem einen Falle waren alle Unbequemlichkeiten geschwunden. Von Interesse ist übrigens ein Fall, wo durch monatelanges Liegen im Bette eine Wanderniere wieder immobil wurde. Die Nephrotomie ist diejenige Nierenoperation, welche bei Sackniere (Hydronephrose und Pionephrose) angezeigt ist. Die Gefahren der Nephrectomie (Mortalität von 38—50%) sind zu gross, als dass diese bei Hydronephrose in Frage käme. Die etwa zurückbleibenden Nierenbeckenfisteln machen keine besonderen Beschwerden, sind übrigens lange nicht so häufig wie einzelne Chirurgen annehmen. Unter Nephrolithotomie hat Verf. bisher eigene Erfahrungen nicht gesammelt. Die Nierenoperationen werden soviel wie möglich extraperitoneal ausgeführt. Für die Exploration einer Niere oder die Fixirung einer Wanderniere erhält man genügenden Raum mittelst eines Schnittes längs des äusseren Randes des M. sacro-lumbalis. Zur Exstirpation eines grossen Nierentumors muss die Incision von hinten, oben und innen nach vorn, unten und aussen gemacht werden. Wird der Bauchfellsack gegen den Willen des Operateurs geöffnet, so schliesst man ihn ohne Mühe mit einigen Nähten. *Th. Husemann.*

502. ***Die Gelenkerkrankungen bei Blutern mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose.*** *Von **Franz König**, Göttingen. (Volkmann's klin. Vortr. Neue Folge. 36.)*

Unter den Erscheinungen, welche die noch so vielfach räthselhafte Bluterkrankheit darbietet, ist wohl kaum eine so bedeutungsvoll für den Chirurgen als die, welche durch Blutungen in den Synovialsack hervorgerufen wird, und lange hat es gedauert, bis man die Gelenksaffectionen der Bluter als durch wiederholte Blutungen in die Synovialhöhle entstandene, als „Blutergelenke" gedeutet hat. Die eigenthümlichen klinischen Erscheinungen, welche die Blutergelenke zeigen, werden ausser durch die Blutungen auch durch die Bewegungsreize hervorgerufen, wodurch ein eigenartiges Bild von Gelenkentzündung entsteht, welches schliesslich zu schweren bleibenden Zerstörungen der Gelenke, zu Contracturen, Anchylosen

und anderen Deformitäten führt. Demnach lassen sich 3 Stadien dieser Erkrankung diagnosticiren: 1. Das Stadium der ersten Blutung, den Hämarthros der Bluter; 2. das Stadium der Entzündung, der Panarthritis im Blutergelenk; 3. das regressive Stadium, welches zu bleibender Deformität führt, das contracte Blutergelenk. Die aus diesem dritten Stadium entspringenden Stellungen der Gelenke haben Aehnlichkeit mit jenen, die durch Tuberculose hervorgerufen sind; dagegen fehlt den Blutergelenken in allen Stadien die Neigung zu Abscess- und Fistelbildung. Die Therapie besteht bei nicht allzu ungünstiger Prognose vorzüglich in absoluter Ruhe des kranken Gelenkes, eventuell in Punction des Gelenkes. Eingreifendere Operationen sind nach den sehr traurigen Erfahrungen, die hierbei gewonnen wurden, dringend zu widerrathen. Nach Verf.'s Ueberzeugung tritt die Frage nach dem, was man bei dem Blutergelenke thun soll, völlig zurück gegenüber der Frage, was man lassen soll. *v. Buschman.*

503. ***Extraction abgebrochener Nadeln.*** *Von Dr.* **Steele.** *(Lancet. 1891. 9. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 36.)*

In jenen recht häufigen Fällen, in denen es entweder sehr schwierig oder gar ganz unmöglich ist, in den Körper eingedrungene Nadeln zu entfernen, etwa dann, wenn es nicht gelingt, die Spitze durch die sie bedeckenden Weichtheile hindurchzufühlen, oder wenn das andere Ende der Nadel keinen Widerstand in der Tiefe findet, pflegt der Verf. ein Verfahren mit vielem Erfolg anzuwenden, welches ebenso einfach wie praktisch ist. Er befestigt nämlich über der Einstichsstelle der Nadel ein Paar der starken, wohlbekannten Hühneraugenringe, und zwar an Stellen, wo dieses angängig ist, mit gewöhnlichem Heftpflaster, wie beispielsweise unter der Sohle der Füsse; an anderen Orten, etwa neben dem Ligamentum patellae, mittelst eines elastischen Gurtes oder eines einem Bruchbande ähnlichen Apparates. Ist dies geschehen, so vermögen die Patienten meist mit grosser Leichtigkeit zu gehen, resp. das verletzte Glied wieder zu gebrauchen. Wenn dann nach einiger Zeit, gewöhnlich 1—3 Wochen, die Spitze der Nadel, nachdem sie die Haut durchbohrt hat, zum Vorschein kommt, ist dieselbe leicht und mühelos zu entfernen.

504. ***Bericht über Verwundungen mit Mannlicher-Geschossen.*** *Von* **E. R. Stitt.** *(New-York med. Rec. 6. Febr. 1892. — Centralbl. f. Chir. 1892. 17.)*

Wegen der Verschiedenheit der Bewaffnung — nur die Hälfte der Congresstruppen war im chilenischen Bürgerkriege mit dem kleincaliberigen Gewehre ausgerüstet, während im Uebrigen das grössere Langbleigeschoss des bisherigen modernen Hinterladers verwendet wurde — hatte Verf. im Lazareth treffliche Gelegenheit, Vergleiche beiderlei Wirkungen anzustellen. Das Resultat ist eine — fast enthusiastische — Feststellung der vollkommenen Ueberlegenheit des neuen Modells auch in „humaner Beziehung". Nichts illustrirt schlagender die Verschiedenheit der Verwundungen, als die Thatsache, dass die schliesslich im Hospital St. Augustin noch nicht transportfähigen zurückbleibenden Kranken, etwa 300, Schüsse aus dem älteren Gewehr erhalten hatten, während alle mit dem Mannlicher Verwundeten bereits entlassen oder überführt

werden konnten. (Es waren ursprünglich über 2000 Verletzte dort!) Zwei („gleichartige“ ?) Verletzungen des Ellbogens erforderten in dem einen Falle Amputation, während das kleincaliberige Geschoss nur eine „mässige Synovitis“ verursachte (!). Der Stahlmantel des Geschosses hatte sich nur in einem Falle vom Hartbleikern abgestreift, vermuthlich weil er vorher aufgeschlagen war. Die glatte Oberfläche verleiht dem Geschoss eine so grosse Beweglichkeit, dass es häufig trotz vorheriger genauer Localisation nach der Incision verschwunden war. Es musste daher die grösste Vorsicht bei der Extraction der Geschosse beobachtet werden. Die kurzen Notizen über die Knochenverletzungen bringen nichts Erwähnenswerthes, so erwünscht ein genauer Bericht der Beobachtungen des Verf.'s gewesen wäre.

505. ***Ueber die Ausführung der Herniotomie bei der Gangrän verdächtigem Darm.*** *Von Prof.* ***Helferich.*** *(Langenbeck's Arch. Bd. XLI. Heft 2. — Fortschr. d. Med. 1892. 7.)*

Wenn nach einer Herniotomie die Darmschlinge der Gangrän verdächtig ist, so reponirte man bisher entweder, falls die Anlegung eines Anus praeternaturalis, resp. eine Resection nicht gleich für berechtigt erachtet wurde, die betreffende Darmschlinge, oder dieselbe wurde, in geeigneten Verbandstoffen wohl verwahrt, ausserhalb der Bauchhöhle liegen gelassen. Durch ersteres Verfahren setzte man den Patienten im Falle einer noch eintretenden Gangrän der Gefahr einer diffusen Peritonitis aus, während das zweite Verfahren wenigstens eine extraabdominale Perforation bewirkte Dieses letztere Verfahren wäre somit noch das beste und sicherste Vorgehen. Aber es tritt dann auch erstens ein nur operativ zu beseitigender Anus praeternaturalis ein und zweitens muss die Bruchpforte wegen des aussen liegenden Darmes durch Incision gleich sehr erweitert werden, damit die Fortbewegung des Kothes ungehindert vor sich gehen kann und keine Einknickung des Darmes zu befürchten ist. Verf. macht nun für die Behandlung dieser unsicheren Fälle drohender Gangrän an der eingeklemmten Darmschlinge den Vorschlag, die gefährdete Schlinge ausserhalb der Bauchhöhle liegen zu lassen nach Herstellung einer Darmanastomose zwischen dem zu- und abführenden Darmstück abdominal von der Einklemmungsstelle. 2 Fälle, der eine mit gutem, der andere mit tödtlichem Ausgange, erläutern den Gang der Operation, deren Technik sich an die Gastroenterostomie anschliesst. Verf. betont noch ausdrücklich, dass er die Indication zu diesem Verfahren relativ selten für gegeben erachtet, wenn er es auch nicht für unmöglich hält, dass es sich auch zur Behandlung wirklich gangränöser Hernien eignen möchte, da ja Resection, sowie Anlegung eines Anus praeternaturalis grössere Gefahren bieten. Den Misserfolg in dem einen Falle schreibt Verf. der längeren Operationsdauer, den Complicationen des Falles und der schwachen Constitution der alten Patientin zu. Diese *Helferich*'sche Operation wurde auch von *Kredel* in Hannover mit Erfolg ausgeführt.

506. ***Das Lysol in der geburtshilflich-gynäkologischen Praxis.*** *Von* ***Erie Vondergoltz,*** *New-York. (Amer. Journ. of obstetr. Februar-Heft, 1892, pag. 223.)*

Das Lysol, gewonnen aus Theer, stellt eine braune, ölartige Flüssigkeit dar, die sich in jedem Verhältnisse und in jeder Tem-

peratur mit Wasser mengt und eine klare Mischung darstellt. Es wirkt ebenso antiseptisch wie Sublimat und ist dabei ungiftig. Antiseptische Nähseide erhält man, wenn man die auf eine Glasspule aufgewickelte Seide 3 Stunden lang in einer 5procentigen Lysollösung kocht. Aufbewahrt wird sie dann in einer 2procentigen alkoholischen Lysollösung. Die Instrumente wäscht man vor der Operation in kochendem Wasser mit einer Bürste ab, wäscht sie dann nochmals in einer 5procentigen Lysollösung und legt sie dann zum Gebrauche in eine 1procentige Lysollösung. Hände und Vorderarme reibt man zuerst mit reinem Lysol gehörig ein, worauf man sie mit einer Bürste in heisser 1procentiger Lösung gehörig abbürstet. Neben dem Operateur steht ein Gefäss mit einer $^1/_3$procentigen Lysollösung, in die derselbe die Hände jedesmal eintaucht, wenn er sie irgendwie verunreinigt hat. In die gleiche Lösung werden auch die während der Operation irgendwie verunreinigten Instrumente gelegt. Das Operationsfeld wird mit einer 5procentigen Lysollösung desinficirt. Sehr brauchbar und die Schwämme ersetzend ist 5procentige Lysolgaze. Sie wird auf die Weise hergestellt, dass man Gaze die 3 Stunden lang in einer 5procentigen Lysollösung kocht und dann im Ofen trocknet. Im Falle der Noth, namentlich in der geburtshilflichen Praxis, kann man sich mit Lysolwatte begnügen. Man stellt sie so dar, dass man Watte 10 Minuten lang in einer heissen 2procentigen Lysollösung liegen lässt. Dabei hat das Lysol den Vortheil, dass es die Gewebe nicht reizt. Eine $1^1/_2$procentige Lösung erzeugt ein nur leichtes Brennen, das nach 10 Minuten geschwunden ist. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

507. ***Ueber die Borsäuretherapie der chronischen Ohreiterungen nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat.*** *Von Dr.* ***Max Jänicke.*** *(Arch. f. Ohrenhk. Bd. XXXII. 1. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 4.)*

Nach Wiederholung der bekannten Bemängelungen der Borsäurewirkung bei Otorrhoen empfiehlt der Verf. statt der Borsäure das von ihm sogenannte Natrium tetraboricum, das er durch Erhitzen gleicher Theile Borsäure, Borax und Wasser dargestellt hat. Das Mittel stellt harte Krystalle dar, reagirt neutral, löst sich bei Zimmertemperatur zu 16%, bei Siedhitze angeblich in beliebiger Menge in Wasser und soll den Vortheil haben, beim Erkalten einer heiss gesättigten Lösung erst nach einiger Zeit krystallinisch auszufallen, demzufolge man Lösungen von 50% und darüber in die Paukenhöhle einbringen könne; auch rühmt Verf. dem Mittel ausserordentliche Milde nach, so dass ausser rasch vorübergehendem Brennen durch die concentrirtesten Lösungen weder Schmerz, noch Steigerung der Entzündungserscheinungen auftreten. Wie die Borsäure, wirkt auch das Natr. tetrabor. nicht tödtend, sondern nur entwicklungshemmend auf Spaltpilze; die Ueberlegenheit der Borsäure gegenüber sieht Verf. in der leichten Löslichkeit und in der Möglichkeit, hierdurch grössere Mengen des nicht irritirenden Antisepticums in die Paukenhöhle bringen

zu können. Verf. hat das Mittel mit bestem Erfolge bei chronischen und subchronischen Eiterungen, sowie bei Otitis ext. purulenta derart angewendet, dass er anfangs über 50procentige Lösungen, später, beim Versiegen, schwächere Lösungen eingoss und öfters das Natr. tetrabor. in Pulverform nachblies.

508. ***Ein Fall von Tracheostenose, hervorgerufen durch Durchschneidung der Trachea.*** *Casuistischer Beitrag zur Medianstellung des Stimmbandes nach Recurrensdurchschneidung. Von Dr.* ***Rich. Wagner,*** *Halle a. S. (München. med. Wochenschr. 1892. 10. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 4.)*

Eine 25jährige Frau brachte sich mit einem spitzen Küchenmesser eine tiefe Halswunde bei, wodurch der rechte N. recurrens vollständig durchschnitten wurde. Medianstellung des rechten Stimmbandes. Uebergang derselben nach 31 Tagen in Cadaverstellung mit der von Verf. als Pseudo-Cadaverstellung bei Recurrenslähmung bezeichneten Stimmbandstellung: Unbeweglichkeit, verminderte Breite, excavirter, freier Rand. — Verf. findet durch diesen Fall seine Ansicht bestätigt, dass die Medianstellung des Stimmbandes bei Recurrenslähmung nicht bedingt wird durch die Wirkung der durch den N. recurrens versorgten Muskeln, insbesondere nicht durch die Wirkung des Adductors des Stimmbandes. Auch sonst bietet die ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte durch das Auftreten mehrfacher Stenosen im Bereiche der Trachea und deren wirksame Behandlung mit *Schrötter's* Bougies und Zinnbolzen, wie auch durch die angestellten Untersuchungen über Geschmacksempfindungen im Kehlkopfe manches Interessante.

509. ***Ueber den Sigmatismus und seine Beziehung zu Zahndefecten und Zahnmissbildungen.*** *Von Dr.* ***Gutzmann.*** *Vortrag im Vereine für innere Medicin zu Berlin, 22. Febr. 1892. (München. med. Wochenschr. 1892. 11.)*

Das „s" wird erzeugt, indem die Zungenspitze sich gegen die untere vordere Zahnreihe legt, mit ihrer Oberfläche eine Rille bildet und der Luftstrom auf dieser gegen die vordere untere Zahnreihe stösst. Bei Zahndefecten der unteren Schneidezähne, oder wenn die beiden Zahnreihen nicht aufeinander passen, so dass die Zunge dazwischen kommt, kann das „s" nur unrein gesprochen werden. Beim überbissigen Kiefer entsteht ebenfalls kein scharfes „s" (Vornlispeln). Seitlichlispeln entsteht durch Anlegung der Zunge an die obere Zahnreihe, es bleibt jederseits eine ovale Lücke, durch welche der Luftstrom entweicht. Ursache dafür ist die Bogenstellung der Kiefer, welche durch verschiedenes Wachsthum der Kiefer und Zähne entsteht. Diese wachsen schneller, sie drängen sich, werden aus der kürzeren, geraden Linie in eine Bogenlinie gedrängt. Bei dieser Art des Lispelns (eschen statt essen) findet man nicht selten Zwischenzahndeformitäten. Bleiben aber unter Umständen die Zähne doch an ihrem normalen Platz, dann entsteht statt des „s" ein „ch" (meicht statt meist). Letzteres ziemlich selten. Bei Gaumen- und Kieferdefecten kann es zu einer zu scharfen Aussprache des „s" kommen. Beim Parasigmatismus wird das „s" mit anderen Lauten verwechselt. Auch dafür lassen sich Veränderungen in der Stellung der Zähne nachweisen. Es gibt jedoch auch eine ganze Anzahl von Fällen bei lispelnden Personen,

die keine Abnormitäten haben. Bei den Gaumendefecten ist die Abhilfe leicht (Operation, Prothese). Können die vorderen Zahnreihen nicht zusammengebracht werden, ist keine Hilfe möglich. Wird das „s" seitwärts gesprochen, muss man die Zungenspitze herunterholen und gegen die unteren Schneidezähne legen; nun concentrirt man den Luftstrom gegen die untere Zahnreihe durch Vorhalten eines Schlüssels oder einer Hohlpfeife, dann bildet sich die Rille auf der Zunge meist von selbst. Andernfalls kann man sie durch Auflegen einer Sonde in longitudinaler Richtung leicht bilden. Die Uebung ist leicht und die Patienten gewöhnen sich schnell daran, das „s" richtig zu sprechen.

510. ***Ueber locale Anästhesie, insbesondere in der Dentistik.*** *Von Dr.* **Emil Nagy**. *(Gyógyászat. 1892. 7. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 18.)*

Verf. bedient sich bei Zahnextractionen behufs Anästhesirung der Combination von Cocain und Aethylchlorür, wodurch die guten Eigenschaften dieser Anästhetica mehr zur Geltung kommen. Verf. bereitet sich eine 2procentige Cocainlösung stets frisch, weil das gelöste Cocain rasch verdirbt. Er schüttet genau abgewogene, in Glasröhren aufbewahrte 0·02 Cocain in ein kleines spitzbasiges Gläschen, fügt dieser Menge 1·0 destillirtes Wasser bei und injicirt hiervon unter den gingivalen Rand der Uebergangsfalte je $^1/_3$ bis $^1/_2$ Spritze; nach einer Minute beginnt er die Gingiva um den zu extrahirenden Zahn herum zu berieseln, was nun nach vorausgeschickter Cocainisirung nicht mehr schmerzhaft ist. Wie lange und wie viel zu injiciren sei, ist schwer zu bestimmen; im Allgemeinen verbrauche man vom Aethylchlorür so viel, bis sich auf dem zu anästhesirenden Gebiete eine dicke, weisse Krystallschichte gebildet hat. Zähne, die gegen Kälte empfindlich sind, umhülle man erst mit Wachs, als einen sehr schlechten Wärmeleiter. Dass auch der Kopf entsprechend gelagert werde, um einer Ansammlung der Flüssigkeit vorzubeugen, ist selbstverständlich. Gelingt es auch nicht mit diesem Verfahren, das die Nerven gleichsam von zwei Seiten angreift, in jedem Falle eine vollkommene Anästhesie herbeizuführen, so wird man selbst in solchen exceptionellen Fällen mit dem Erfolge zufrieden sein können.

511. ***Rachen- und Kehlkopferkrankungen im Zusammenhange mit Menstruationsanomalien.*** *Von* **Egmont Baumgarten**, *Budapest. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 9.)*

Strübing hat in seiner Schrift über die „Laryngitis haemorrhagica" darauf hingewiesen, dass nur jene Fälle als solche bezeichnet werden sollen, bei welchen die Blutung bei intacter Schleimhaut erfolgt. Seine Fälle und die von ihm als wirkliche Laryngitis haemorrhagica vorgeführten Fälle anderer Autoren betrafen in der grösseren Mehrzahl nur Frauen, darunter einige schwangere und solche, bei denen die Periode später erfolgte. Die Stelle oder die Stellen der vicariirenden Blutung aus dem Kehlkopfe befinden sich meistens auf den falschen oder wahren Stimmbändern, doch kann es vorkommen, dass die Blutung auch von der Luftröhre entsteht. Die Blutmenge ist meist eine geringe, während solche vicariirende Blutungen aus der Nase, die fast immer vom Septum cartilagineum erfolgen, oft sehr abundant sind. Die Erklärung

ist nach Verf. die, dass hier die Retraction und Contraction des blutenden Gefässes durch den Knorpel gehindert, dort durch die weiche Umgebung gefördert wird. Ein Fall von Laryngitis haemorrhagica betraf eine robuste Frau vom Lande. Dieselbe, 46 Jahre alt, expectorirte vor einem Monate 2 Tage etwas Blut, hatte dabei Schmerzen und ein Wärmegefühl in der Kehle, seit 2 Tagen heiser und derselbe Zustand, nur dass jetzt mehr Blut kommt; seit zwei Monaten keine Periode, Pat. hat starke Wallungen, nach der Kehlkopfblutung wird der Kopf immer etwas leichter. Bei der Spiegeluntersuchung beide Taschenbänder hyperämisch, die wahren Stimmbänder mit Blutborke bedeckt, eine grössere Borke im vorderen Winkel, die die Annäherung bei der Phonation verhindert. Nach Ausspritzung und Pinselung des Kehlkopfes, die 2—3mal täglich geschieht, wird die Stimme wieder reiner, beide wahren Stimmbänder blos durch den mechanischen Reiz etwas geröthet, am rechten Stimmbande fast vor der vorderen Commissur und am linken Processus vocalis die Blutungsstellen sichtbar. Den zweiten Tag Blutung geringer, nach ferneren drei Tagen Blutungen geschwunden, die Stimme wird rein, die Stimmbänder normal, die Blutungsstellen sind nicht mehr zu erkennen, die Periode nicht eingetreten. Ein viel grösseres Contingent liefern die Paresen und Paralysen einer oder mehrerer Muskelgruppen des Kehlkopfes mit und ohne Complicationen, die durch Menstruationsanomalien bedingt sind. Diese Paresen und Paralysen können deshalb scharf von den hysterischen geschieden werden, da bei ihnen bei Verschwinden oder Hebung des Grundübels die vom Uterus reflectorisch erzeugte Veränderung auch verschwindet oder gehoben wird, sowie auch das Wiedererscheinen des Grundübels denselben reflectorischen Effect zur Folge hat. Noch klarer sind jene zahlreichen Fälle, bei welchen die Paresen oder Paralysen bei gleichzeitigem Vorhandensein von catarrhalischen Erscheinungen auftreten. Es wird schon vielen Beobachtern aufgefallen sein, dass bei Frauen, die an Menstruationsanomalien oder anderen Uterinalleiden laboriren, die Kehlkopfcatarrhe viel häufiger mit catarrhalischen Paresen combinirt sind, als bei gesunden Frauen. Die beobachteten Fälle betrafen auch oft Frauen in den ersten Schwangerschaftsmonaten, u. A. Beobachtungen von Fällen, bei welchen zu dieser Zeit ein acuter Schnupfen — Asthma, ein acuter Kehlkopfcatarrh — Posticusparese, ein acuter Rachencatarrh — Schlingkrämpfe u. s. w. zur Folge hatte. Der Catarrh braucht manchmal wirklich nur sehr gering zu sein, um Complicationen zu zeigen. In der letzten laryngologischen Versammlung der belgischen Aerzte besprach *Bayer* einen Fall von periodischem Larynxödem bei einem Mädchen, dessen tuberculöser Larynx zur Zeit der Menstruation ödematös wurde. Eine solche directe Beobachtung zeigt deutlich die Correlation zwischen Uterus und Larynx an, der Fall selbst ist bisher als Unicum anzusehen. Auch *Moure*, und vor ganz kurzer Zeit *Hieguet* erwähnen, dass bei der Hysterectomie Spasmen des Larynx auftreten, und schon sehr bekannt dürfte der Vorschlag von *Jonquière* und Anderen sein, bei der Aphonia spastica den Uterus und die Ovarien zu massiren. Zum Schlusse berichtet Verf. von einer Erkrankung, die zwar nicht direct abhängig vom Climacterium ist,

jedoch recht häufig mit ihm vorkommt, so dass man nicht von einer zufälligen Complication, sondern von einer häufigen Begleiterscheinung sprechen kann. Diese Erkrankung ist der trockene Rachencatarrh. Hauptsymptome sind die lästige Trockenheit im ganzen Rachen, ferner verschiedene Parästhesien, Hustenreiz, Reiz zum Speichelschlucken, das oft erschwert ist.

Dermatologie und Syphilis.

512. ***Ein Fall von Larynxödem nach Jodkaligebrauch.*** *Von Dr.* ***E. Baumgarten.*** *(Orvosi Hetilap. 1891. 42. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 18.)*

Frau S., 46 Jahre alt, neurasthenisch, steht wegen Asthma nervosum schon längere Zeit in Behandlung. Die Asthmaanfälle waren bedingt durch die hypertrophische Rachentonsille, denn nach Entfernung dieser sistirten die Anfälle für längere Zeit. Patientin scheint durch ihren Mann Lues erlangt zu haben, da sie nicht nur zweimal abortirte, sondern da ihr auch die Haare ausgefallen waren. Obwohl die Rachentonsille gründlich entfernt wurde, hatte sie doch die Tendenz, zu recidiviren, beibehalten und kam Patientin seither mehrmals zur Behandlung, da die Anfälle sich wieder einstellten. Einige Auskratzungen des Narbengewebes am Rachendache genügten, die Anfälle wieder zum Schwinden zu bringen, dies musste aber jährlich ein- bis zweimal geschehen. Da auch Lues vorhanden zu sein schien, bekam Patientin innerlich auch Jodkali, die Neurasthenie wurde besser, die Haare fielen nicht mehr aus. Eines Tages kam Patientin, nachdem es ihr schon längere Zeit gut gegangen war, mit der Angabe, dass sie seit gestern nicht mehr schlucken kann und schreckliche Schmerzen in der Kehle habe. Bei der Kehlkopfuntersuchung war Verf. überrascht, ein acutes Oedem, vom normalen Kehldeckel angefangen entlang beider ary-epiglottischen Falten, zu finden, die interarytänoidale Falte war mässig geschwollen, das Innere des Larynx ganz normal, reactionslos, Dyspnoe geringen Grades, sehr grosse Dysphagie. Therapie bestand in einigen Scarificationen und Eispillen. Erst dachte Verf. an eine Verbrühung, doch dies war nicht der Fall, dann an Morbus Brightii, doch der Urin hatte kein Eiweiss. Das Jodkali wurde ausgelassen, das Oedem war den dritten Tag verschwunden.

513. ***Die Behandlung der syphilitischen Mastdarmstricturen durch Exstirpation.*** *Von* ***E. Quénu.*** *(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XVII, pag. 140. — Centralbl. f. Chir. 1892. 8.)*

Wie unvollkommen die Resultate der bisher gewöhnlich geübten Behandlung der syphilitischen Mastdarmstricturen mittelst Erweiterung, gleichviel ob durch Bougies oder durch Rectotomie, waren, ist zur Genüge bekannt. Die Mastdarmexstirpation, die deshalb wegen dieses Leidens auch in Deutschland wiederholt empfohlen und ausgeführt wurde, musste auch als ungenügender Nothbehelf gelten, so lange die früheren Operationsmethoden den Operirten zu dauernder Incontinenz verurtheilten. Es ist daher die Uebertragung des *Kraske*'schen Verfahrens mit Erhaltung des

Sphincters auf die Behandlung der Mastdarmverschwärungen und -Stricturen als ein entschiedener Fortschritt zu bezeichnen. Für die tiefer gelegenen Stricturen ohne ausgedehntere Geschwürsbildungen über denselben ist die Resection des Steiss- und Kreuzbeines allerdings nicht erforderlich; es genügt ein hoch nach hinten hinaufgeführter Weichtheilschnitt. Verf. theilt als Beleg für die günstigen mit dieser Operation zu erzielenden Ergebnisse einen einschlägigen Fall ausführlich mit; nach 7 Monaten zeigten die Gewebe noch eine völlig normale Beschaffenheit, ein Recidiv war nicht eingetreten; es bestand völlige Continenz.

514. ***Auftreten von Varicellen unter eigenthümlichen Umständen.*** *Von Prof. Dr.* **Johann Bókai,** *Director des Kinderspitals in Budapest. (Magyar orvosi Archivum. 1892. Heft 3. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 19.)*

Verf. hatte Gelegenheit, im Juli 1888 bei einer Familie, wo ein Kind an Zoster pectoralis erkrankte, 10 Tage später an einem anderen Kinde typische Varicellen zu beobachten. Nicht lange darauf begegnete Verf. Varicellen bei einem kleinen Mädchen, dessen Schwester gerade auch vor 10 Tagen einen Zoster abdominalis überstanden hatte. Im Jahre 1891 sah Verf. wieder einen ähnlichen Fall: die Mutter erkrankte an Zoster pectoralis, und 12 Tage darauf ihr 8jähriges Kind an Varicellen. Ein weiterer Fall im Jahre 1891 war folgender: Verf. constatirte bei einem jungen Manne Zoster frontalis, und 15 Tage später bei seiner 13jährigen Schwester typische Varicellen. Verf. machte von seinen eigenthümlichen Beobachtungen Prof. *Korányi* Mittheilung und gar bald war dieser in der Lage, ihm von einer ähnlichen Beobachtung zu berichten: am 29. October 1891 lag auf seiner Abtheilung ein Kranker mit Zoster femoralis, und am 6. November kamen bei einem anderen Kranken, der wegen chronischen Milztumors auf derselben Abtheilung lag, Varicellen zum Ausbruch. Verf. wirft nun, ohne sich in eine nähere Erklärung einzulassen, die Frage auf, ob sich die Infection von Varicellen statt in einer allgemeinen Eruption nicht auch unter gewissen Umständen in Zosterform manifestiren könne, umso eher, da doch in jüngster Zeit ganze Zosterepidemien bekannt wurden *(Kaposi)*, und gewisse Zosterformen als acute Infectionserscheinungen gelten. Natürlich würde dies an dem Charakter gewisser Zosterformen, z. B. dem des Zoster ex usu arsenici, nichts ändern.

515. ***Zur Zerstörung des Primäraffectes mittelst Galvanocauter.*** *Von* **Lassar.** *Vortrag in der Berliner dermat. Gesellschaft. Sitzung v. 5. Januar 1892. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892. 3.)*

Gegenüber der vielfach empfohlenen frühzeitigen Excision empfiehlt Verf. aus vielen Gründen die von ihm in letzter Zeit mehrfach geübte Zerstörung des Primäraffectes mittelst Galvanocauters, respective Paquelin unter Anwendung einer 10procentigen Cocainlösung. Ihm scheine durch diese Methode die Möglichkeit eröffnet, Anfangsherde unscheinbarster Art, sowie auch Ulcera mollia radical zu zerstören. Auch sei eine weitere Antiseptik nicht nöthig. In der darauffolgenden Discussion erwähnt *Saalfeld*, dass er vor längerer Zeit eine Dame in derselben Weise behandelt hat, während bei dem betreffenden männlichen Pat. die Excision

nicht mit Erfolg vorgenommen wurde. Ferner hat er in einem anderen Falle einen Primäraffect in ähnlicher Weise mit der galvanocaustischen Schlinge ohne Cocain entfernt; eine Blutung ist nicht entstanden. Vor längerer Zeit habe er versucht, die galvanocaustische Methode mit der schneidenden Methode in Verbindung zu bringen bei Primäraffecten, die im Sulco coronario oder auf der Glans ihren Sitz hatten. *Rosenthal* erwähnt, dass die vom Verf. geübte Methode bereits mehrfach empfohlen sei. Er selbst ziehe die Excision in denjenigen Fällen, die sich dazu eignen, vor, da es ihm richtiger erscheine, eine reine, als eine unreine Wunde zu schaffen. Er verwende seit Jahren bei jeder Excision eine 4procentige Cocainlösung und vermeide jede Blutung durch die Constriction des Penis mittelst eines Schlauches. *Heller* hebt hervor, dass möglicherweise durch die vom Verf. empfohlene Methode tiefgehende Narbenbildungen und Deformitäten entstehen könnten.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

516. ***Der Raum der Bauchhöhle des Menschen und die Vertheilung der Eingeweide in demselben.*** *Von Dr.* **W. Henke.** *(Arch. f. Anat. u. Physiol. [Anat. Abth.] 1891. 2 u. 3. — Schmidt's Jahrb. 1892. 4.)*

Verf. wendet sich zuerst gegen die bisherigen Anschauungen über den räumlichen Umfang der Bauchhöhle und ihre Ausfüllung durch die Baucheingeweide. Bewusst oder unbewusst ging man nach Verf. bisher dabei immer mehr von dem Dickbauche des Philisters, als von den schlanken Hüften der Jugend aus. Verf. nahm deshalb Veranlassung, das normale Verhalten noch einmal an der hartgefrorenen Leiche einer 21jährigen schlanken Selbstmörderin festzustellen. Bei ihr lag nur ein schmaler Streifen Mesenterium und Netz zwischen der Bauchwand und der Mitte der Vorderfläche der Wirbelsäule. Daraus ergibt sich eine Gliederung der ganzen Höhle in zwei Hauptabtheilungen, die untere abwärts vom Nabel, zwischen dem linken und dem rechten Psoas und hinab durch den Beckeneingang, und die obere in der Aushöhlung des Zwerchfelles, zu beiden Seiten in die beiden Darmbeingruben hinabreichend. Die Tiefe des Bauches ist also in der Mitte am geringsten, aber auch der Abstand der seitlichen Wände in der Taillengegend von der Wirbelsäule erhält keine viel grössere Weite (manche können sich, wie Verf selbst, in der Jugend selbst umspannen). So lassen sich drei (oder rechts und links zusammen vier) Abtheilungen des Bauchraumes, welche durch Engen von einander abgegrenzt, aber doch in mehr oder weniger offener Verbindung mit einander sind, unterscheiden: 1. der obere Raum in der Aushöhlung des Zwerchfelles oder der Umfassung durch die Thoraxwand bis herab zur oberen Enge; 2. der Seitenraum zu beiden Seiten von der oberen Enge hinab bis in die Darmbeingrube und an den Vorderrand des Psoas; 3. der untere Raum in der Mitte zwischen den beiderseitigen Rändern des Psoas und hinab durch

den Beckeneingang bis in den Grund des Beckens. Der Absonderung dieser drei Räume entsprechend, vertheilen sich auch die Eingeweide. Die wandständigen, an ihren Ort gebunden, füllen hauptsächlich den oberen und die beiden Seitenräume; die mobilen den übrig bleibenden, also besonders den unteren Raum. Mit der Erweiterung der Engen nimmt die Leichtigkeit des Uebertretens aus dem einen in den anderen Raum zu, die Vertheilung wird unregelmässiger. Verf. erörtert nun eingehender, welche Organe die einzelnen Räume enthalten, wie dies durch Schnüren, Nahrungsaufnahme u. s. w. verändert wird. Auch die Biegungen der Wirbelsäule, soweit sie die Gestalt der Bauchhöhle verändern (durch Bewegungen, Verkrümmungen u. s. w.) und die Betheiligung der weichen vorderen Bauchdecken kommen zur Sprache.

517. ***Die Entstehung des Acetons im Organismus.*** *Von Prof.* **Lustig.** *(Lo sperimentale. 1891. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 19.)*

Die Frage nach der Entstehung und Bedeutung des Acetons befindet sich trotz zahlreicher klinischer Untersuchungen noch weit von ihrer endgiltigen Beantwortung. Durch eine Reihe von Thierversuchen strebte Verf. den Einfluss zu ergründen, den die Exstirpation gewisser Theile des Nervensystems auf den Stoffwechsel im Allgemeinen und auf die Entstehung von Aceton im Organismus nimmt. Nach Durchschneidung des Nervus sympathicus am Halse konnte einzig und allein eine vorübergehende Melliturie constatirt werden, die Resection der Nervi splanchnici gab Anlass zum Entstehen von Melliturie und Acetonurie, die Exstirpation des Plexus aorticus Veranlassung zum Auftreten leichter vorübergehender Acetonurie. Am schwersten waren die Störungen des Stoffwechsels nach Läsionen des Plexus coeliacus. Weiters konnte Verf. nach Läsionen der Medulla oblongata das Auftreten hartnäckiger Acetonurie beobachten, welche die gleichzeitig einsetzende Glycosurie regelmässig überdauert. Die vorliegenden Versuche beweisen den gewaltigen Einfluss des Nervensystems auf den Stoffwechsel. Besonders die Läsion des Plexus coeliacus hat die schwersten Störungen zur Folge, welche, wenn sie nicht von regulativen Vorgängen in anderen Organen gefolgt sind, den Tod des Versuchsthieres herbeiführen. Bezüglich der Genese des Acetons lässt sich nicht viel Bestimmtes aussagen. Ein Uebergang von Zucker in Aceton konnte bisher ausserhalb des Organismus nicht nachgewiesen werden, dagegen gelang es, bei der Spaltung von Eiweiss, durch gewisse oxydative Agentien Aceton nachzuweisen.

518. ***Ueber das Cheyne-Stokes'sche Athmen.*** *Von Prof.* **Unverricht,** *Dorpat. Vortrag am Congr. f. innere Medicin zu Leipzig. 1892. (München. med. Wochenschr. 1892. 19.)*

Der zwischen Morphium und Atropin bestehende Antagonismus veranlasste Verf. bei einem Kranken, bei dem sich die bekannte Erscheinung gezeigt hatte, dass Morphium eine Steigerung des *Cheyne-Stokes*'schen Athmens herbeiführte, Atropin zu verabreichen; dabei zeigte sich jedoch die interessante Thatsache, dass die Athmungspausen nach der Atropindarreichung noch länger wurden. Ebenso zeigte sich, dass Atropin, allein injicirt, ebenfalls *Cheyne-Stokes*'sches Athmen hervorrief; dasselbe war bei Hyoscin

und Duboisin der Fall. In einem zweiten Falle verschwand nach Morphiumdarreichung alsbald das *Cheyne-Stokes*'sche Athmen und hatte auch Atropin nicht die vorher beobachtete Wirkung. Es wurden nun noch weitere narcotische Mittel auf ihre Wirkung in dieser Richtung untersucht, nämlich Bromkalium, Chloral, Chloroform, Sulfonal, Urethan und Paraldehyd und es stellte sich dabei Folgendes heraus: Zuerst kam ein Stadium mit *Cheyne-Stokes*'schem Athmen, dann ein solches mit regelmässigem Athmen, nach einiger Zeit wieder *Cheyne-Stokes*'sches, welches allmälig in normales Athmen wieder überging. Diese Beobachtungen führten dazu, auch den physiologischen Schlaf zu beobachten und es zeigten sich auch hier die eben angeführten Stadien, und zwar so, dass während der Dauer des tiefen Schlafes normales Athmen besteht, während vor und nach diesem, also während des weniger tiefen Schlafes, das genannte Phänomen vorhanden ist — analog der zunehmenden Wirkung, dem Höhestadium und dem Nachlasse der Wirkung bei den genannten narcotischen Mitteln. Auch im wachen Zustande kann man das *Cheyne-Stokes*'sche Athmen hervorrufen, dadurch nämlich, dass man am Ende der Athmung oder in der Athmungspause willkürlich Athemzüge einschaltet oder willkürlich das Athmen verstärkt. Diese Erscheinung möchte Verf. weniger auf eine hierdurch erzeugte Apnoe, als vielmehr auf eine Ermüdung gewisser Centralorgane zurückführen. Die Entstehungsursache des *Cheyne-Stokes*'schen Athmens sucht man gewöhnlich in der Medulla oblongata, Verf. ist jedoch der Meinung, dass die Ursache wohl eher in Störungen in den corticalen Regulationscentren zu suchen sei.

519. ***Zur Charakteristik von Ei und Samen.*** *Von* ***L. Auerbach.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 37. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 17.)*

Die folgenden Hauptergebnisse einer Untersuchung des Verf. verdienen das allgemeine Interesse. Schon früher hatte Verf. beobachtet, dass in den meisten Zellkernen zwei verschiedene Substanzen enthalten sind, die sich unter Anderem durch ihr tinctorielles Verhalten von einander unterscheiden. Dies tritt besonders bei Doppelfärbungen hervor, zu denen man einerseits ein Glied einer Reihe von gewissen rothen, auf der anderen einen ebenfalls einer bestimmten Reihe angehörenden blauen Farbstoff benutzt. Die eine Substanz erweist sich dann als erythrophil, die andere als cyanophil. Im Hinblick auf die Bedeutung, die den Zellkernen bei der Fortpflanzung zukommt, schien es dem Verf. nun von Wichtigkeit, zu untersuchen, ob sich in dieser chemischen Differenz vielleicht ein geschlechtlicher Gegensatz ausspricht; er sah deshalb nach, ob sich der erwähnte tinctorielle Gegensatz auch an den Keimsubstanzen der beiden Geschlechter wiederholt. Als er nun reife Eier und Sperma kalt- und warmblütiger Wirbelthiere untersuchte, fand er diese Vermuthung durchaus bestätigt. Es zeigte sich nämlich, dass bei vollständig gleichartiger Behandlung mit dem entsprechenden Farbengemisch der Kopf der Spermatozoen sich rein blau, Mittelstück und Schwanz sich roth färbten, während das Keimbläschen des Eies, insbesondere aber der Keimfleck, eine intensiv rothe Färbung annahmen. Auch der Dotter nahm an der Rothfärbung Theil. Da nun der Kopf des Spermatozoons der

wesentliche befruchtende Theil desselben ist, da er den Spermakern darstellt, aus dessen Vereinigung mit dem Eikern (Keimbläschen) der Furchungskern entsteht, so kann man das Ergebniss der oben erwähnten Beobachtung dahin formuliren, dass man sagt: der männliche Zeugungsstoff sei cyanophiler, der weibliche erythrophiler Natur, und in der Vermischung der beiden so charakterisirten Stoffe liege das Wesen der geschlechtlichen Zeugung. Die wichtige Frage, wie diese beiden Keimstoffe zu den durch einen ähnlichen tinctoriellen Gegensatz ausgezeichneten beiden Bestandtheilen der Zellkerne sich verhalten mögen, ob sie mit ihnen identisch oder verwandt sind, wagt Verf. gegenwärtig noch nicht zu entscheiden.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

520. ***Die Uterusruptur in foro.*** *Von Prof.* ***H. Fritsch.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 51.)*

Verf. weist für die Uterusruptur nach, dass die Entscheidung der Frage, ob sie, beziehungsweise der nach ihr erfolgte Tod einer Gebärenden in ursächlichem Zusammenhang mit dem Thun und Lassen eines Arztes steht, eine sehr schwierige, wenn nicht unmögliche ist. Als feststehend ist zunächst nur zu betrachten, dass die Uterusruptur, gleichviel ob sich nur Blutleere oder eiterige Peritonitis findet, die Todesursache ist. Die Frage aber, ob eine bei der Section gefundene Uterusruptur spontan entstanden oder mit der Hand gerissen ist, lässt sich weder auf Grund des Geburtsverlaufes, noch des Sectionsbefundes jedesmal beantworten. Weder das plötzliche Aufhören der Wehen, noch der Collaps, noch die Blutung geben hier einen Anhaltspunkt. Ebensowenig der vom Arzt und der Hebamme geschilderte Geburtsbefund. Die Angaben beider widersprechen sich häufig. Auch die Ergebnisse der Section sind bei der Beurtheilung der Entstehungsart kaum zu verwerthen. Höchstens eine ganz isolirt im Fundus sitzende Oeffnung würde, wenn es sonst nach der Lage der Feststellungen anginge, für eine violente Durchbohrung erklärt werden müssen. Diese Verletzungen sind äusserst selten. Schliesslich ist auch hier noch die Frage der Prädisposition zu beantworten. Verf. will daher an Stelle der Frage, ob eine Uterusruptur spontan entstanden oder mit der Hand gerissen ist, zwei andere gestellt sehen. Erstens die, ob das Eingreifen des Arztes indicirt war; war dies nicht der Fall, lag gar kein Grund zum Operiren vor, war das Becken weit, die Kindeslage gut, hatten viele gut verlaufende Geburten stattgefunden, hat der Arzt nur, um bald fertig zu werden, die Wendung forcirt, so wird er auch für allen Schaden verantwortlich gemacht werden müssen, den er angerichtet. Nicht der Kunstfehler an sich wird dann bestraft, sondern die Fahrlässigkeit, mit der alle Regeln der Kunst ausser Acht gelassen sind. Die Bestrafung tritt ein, weil diese Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen zur Folge hatte. War es dagegen indicirt, zu operiren, so ist der unglückliche Ausgang nicht auf die Operation zu schieben, sondern auf die Umstände, welche die Operation erheischten. Als zweite Frage will

Verf. die gestellt wissen, ob im vorliegenden Falle auch spontan eine Uterusruptur hätte eintreten können. Auch sie lässt sich meist beantworten. Lag z. B. ein weites Becken und eine Geradlage vor, findet man in den Acten keinerlei Angabe über abnormen Geburtsverlauf, hat die Frau stets normal geboren, ergibt die Section keinerlei Complicationen, so ist auch zu behaupten, dass in diesem Falle eine Uterusruptur sicher nicht zu erwarten stand.

521. ***Ueber Todtenstarre und deren Zusammenhang mit Vergiftungen.*** *Von Prof.* ***A. Paltauf.*** *Vortrag im Vereine deutscher Aerzte in Prag. 5. Febr. 1892. (Wien. med. Presse. 1892. 12.)*

Zu den Experimenten über das Zustandekommen der Todtenstarre wurden solche Gifte herangezogen, denen besondere Beziehungen zu dem Muskelsysteme entweder durch directe Einwirkung auf die Muskelsubstanz selbst oder indirect durch Vermittlung des Nervensystems zukommen. Von den Muskelgiften der ersten Reihe bedingt Curare stets eine beträchtliche Verspätung der Starre. Von den auf das Centralnervensystem einwirkenden Giften verursachen Strychnin, Pikrotoxin, Campher, Ammoniaksalze beschleunigten Eintritt der Starre; künstliche Verlängerung des Reizungszustandes der Muskeln führt noch weitere Beschleunigung herbei, die aber bei Einbruch der Lähmung wieder zurücktritt. Veratrin, Physostigmin verursachen nur geringe, Coffein und seine Verwandten, Rhodansalze beträchtliche Beschleunigung des Eintrittes der Starre. Um den Einfluss des Nervensystems auf den zeitlichen Eintritt der Starre zu prüfen, nahm Verf. Durchschneidung der Nerven und des Rückenmarkes vor, und da zeigte es sich, dass die Starre umso früher eintrat, je mehr ein Muskel durch die Giftwirkung zur Thätigkeit gereizt worden war, unbeschadet darum, ob er mit dem Rückenmarke in Zusammenhang war oder nicht. Die Reaction der erstarrten Muskeln war bei einer grossen Anzahl von Giften im Einklange mit den gewöhnlichen Anschauungen eine sauere, bei anderen hingegen konnte der allgemein betonte Connex zwischen Starre und Säure nicht nachgewiesen werden, indem nämlich bei Vergiftung durch Campher, Aethyltheobromin, Rhodansalze auch nach vollkommen eingetretener intensiver Starre der Muskelquerschnitt alkalisch reagirte. Wurde so vergifteten Thieren das Rückenmark durchschnitten, so bestand bei dem rasch erstarrenden Vorderthiere alkalische Reaction seiner Muskeln und bei dem später erstarrenden Hinterthiere sauere bis zum Auftreten der Fäulnissalkalescenz; manchmal war die alkalische Reaction des Vorderthieres nach Lösung der Starre in neutrale oder schwach sauere umgeschlagen, worauf erst Fäulnissalkalescenz auftrat. Durchschneidung eines einzelnen Nerven hatte denselben Erfolg, und es gelang, die verschiedenen Muskeln einer Extremität je nach der Zugehörigkeit zu einem erhaltenen oder durchschnittenen Nerven in alkalischer, resp. sauerer Reaction erstarren zu machen. Verf. trat auch der Frage nach der Existenz einer cataleptischen Todtenstarre auf experimentellem Wege näher. Er fand, dass die krampfhafte Muskelcontraction eines mit Campher vergifteten Thieres bei plötzlicher Erdrosselung augenblicklich in Starre übergegangen, und glaubt daher diese Frage im bejahenden Sinne beantworten zu können.

522. ***Erkrankungen an infectiöser Enteritis in Folge des Genusses ungekochter Milch.*** *Von Prof. Dr.* ***Gaffky.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 14. — Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 18.)*

Zwei Assistenten und ein Diener am hygienischen Institute des Verf. in Giessen erkrankten gleichzeitig unter dem Bilde schwerer Infection: Benommenheit, Delirien, hohes Fieber, Erbrechen, zahlreiche, zum Theil blutige Stühle während einer Reihe von Tagen, Albuminurie. Bei dem am schwersten erkrankten Pat. führte die 19tägige Krankheit zu ausserordentlicher Schwäche und hochgradiger Abmagerung und hatte noch eine Anzahl Beschwerden während der langdauernden Reconvalescenz im Gefolge; die beiden anderen Fälle verliefen leichter. Die gleichzeitige Erkrankung, sowie die Uebereinstimmung in den Symptomen liess an die Aufnahme eines Infectionsstoffes mit der Nahrung denken, und in der That gelang es Verf. durch die mit grosser Umsicht ausgeführte Nachforschung festzustellen, dass die von den drei Pat. gemeinsam genossene ungekochte Milch der Infectionsträger war und weiterhin die an hämorrhagischer Enteritis leidende Kuh ausfindig zu machen, von welcher die inficirte Milch herstammte. Aus dem Koth der Kuh, sowie aus dem Stuhl der drei Pat. liess sich dann dasselbe stark virulente Bacterium züchten. — Verf. weist darauf hin, dass öfter Krankheitsfälle der oben beschriebenen Art vorkommen, welche der Diagnose grosse Schwierigkeiten bereiten. Treten sie gehäuft auf, so werden sie wohl als typhusähnliche bezeichnet oder geradezu als Abdominaltyphus mit ungewöhnlichem Verlauf. Sie haben mit Typhus nichts zu thun. Verf. fasst sie unter der Diagnose infectiöse Enteritis zusammen. Das Einzige, was sich über die dabei in Frage kommenden Krankheitserreger bis jetzt aussagen lässt, ist das, dass sie durch den Verdauungscanal in den Körper gelangen. Gewiss nicht selten wird man wie hier in der Milch den Träger des Infectionsstoffes zu suchen haben. Uebrigens ist es dazu nicht nothwendig, dass die Krankheitskeime durch die Milchdrüse hindurch in die Milch gelangen, sie können vielmehr, da namentlich bei dünnen Ausleerungen ein Theil des Kothes dem Euter entlang läuft, einfach durch Verunreinigung der an sich unschädlichen Milch beigemengt werden, was nach Verf. noch viel zu wenig gewürdigt wird. Verf. weist auf dieselbe Quelle der Beimengung pathogener Bacterien zur Milch auch für die Tuberculose; das erscheint um so viel wichtiger, wenn man von ihm erfährt, dass er selbst in normal beschaffenen Darmentleerungen perlsüchtiger Kühe Tuberkelbacillen gefunden hat. Die Mittheilung warnt auf's Neue dringend vor dem noch sehr ausgedehnten Genuss ungekochter Milch.

523. ***Ueber die Reinigung der Abwässer durch Elektricität.*** *Von* ***Claudio Fermi.*** *(Arch. f. Hygiene. Bd. XIII. — (Centralbl. f. d. ges. Therap. 1892. 5.)*

Verf. beschreibt zunächst das Verfahren von *Webster* und theilt die darüber bereits angestellten Versuche und Urtheile mit. Die Resultate seiner eigenen Versuche lassen sich kurz darin zusammenfassen: Je stärker der Strom, je grösser die Oberfläche der Elektroden ist und je länger die Elektrisirung dauert, desto schneller und vollkommener geht im Allgemeinen die Reinigung

des Wassers vor sich. Im Gegensatz zu den chemischen Reinigungsmitteln werden durch den elektrischen Strom auch die oxydablen organischen Stoffe in ihrer Menge reducirt, der Zusatz von Chlornatrium begünstigt durch Entwicklung von freiem Chlor die Oxydation der organischen Stoffe. Das Wesen der Wirkung ist also ein physikalischer und ein chemischer Process. Durch die Fällung von Eisenoxydhydrat und durch die Gasentwicklung werden die suspendirten Stoffe theils niedergeschlagen, theils an der Oberfläche der Flüssigkeit angesammelt, und es entstehen durch die Wirkung des elektrischen Stromes selbst mannigfaltige Zersetzungen, bei welchen Ammoniak, Sauerstoff und Chlor gebildet werden; durch die beiden letzteren werden leicht oxydirbare Stoffe oxydirt. Die Keime werden nur abgesetzt, jedoch könnte bei Gegenwart von freiem Chlor auch eine Tödtung stattfinden. Die Kosten scheinen sich ziemlich hoch zu stellen.

Berichte
über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

524. *Croupöse Pneumonie; Fieberverlauf und antipyretische Therapie bei Kindern.*

Von Dr. ***A. Baginsky.***

(Arbeiten aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin.)

Ref. von Dr. ***Steigenberger*** *in Budapest.*

Verf. berichtet über 30 Fälle von genuiner fibrinöser Pneumonie, die im Laufe eines Jahres in dem genannten Krankenhause bei Kindern im Alter von 1 bis 11 Jahren vorgekommen sind. Eine der häufigsten Initialerscheinungen der Pneumonie scheint das Erbrechen zu sein, dem bald Hitze, Husten, Anorexie folgt und erst später klagen die Kinder über Stiche, die sie zumeist nach der Abdominalgegend hin localisiren. Nach mehrtägiger Erkrankung zeigen die Kinder ferner turgescentes Gesicht, trockene Lippen; in manchen Fällen besteht ein ausgebildeter Herpes labialis, der sich bis auf die Nase und die Nasenlöcher hinein erstreckt. Respiration kurz unterbrochen, stossend und schmerzhaft und in den meisten Fällen lassen sich bald die physikalischen Zeichen der Pneumonie, Dämpfung, Bronchialathmen mit oder ohne Rasselgeräusche nachweisen, was indess in wenigen Fällen erst spät gelingt.

Die Fiebertemperaturen sind in der Regel hohe, bis 41° C., indess kamen Fälle von unzweifelhafter, genuiner, fibrinöser Pneumonie mit nur geringer Temperaturerhöhung vor. Der kritische Abfall wurde an jedem einzelnen Tage vom 3. bis zum 9. Krankheitstage beobachtet: zumeist jedoch am 3.—4. oder 6.—7. Krankheitstage, wobei in einer relativ grossen Anzahl von Fällen eine prokritische Morgenremission eintrat, und zwar in der Weise, dass am Morgen vor der Krise eine Senkung der Temperaturcurve fast bis zur normalen Temperatur eintrat, die jedoch bald wieder zur

Höhe ansteigt, um mit der bald eintretenden Krise auf subnormal zu fallen. Neben Schweiss, Schlafsucht und Müdigkeit als Begleiterscheinungen der Krisis, bemerkte Verf. noch heftige Colikattaquen und Diarrhoen. Die wirkliche Krisis vollzog sich in der Mehrzahl innerhalb 18—24 Stunden, in welcher Zeit die Temperatur durchschnittlich um 3·5° C. sank, der tiefste Stand der Temperatur wurde indessen in der Regel nicht am kritischen Tage, als vielmehr erst am nächstfolgenden beobachtet. Aus dem subnormalen Stande der Temperatur, in Folge der eingetretenen Krisis, schob sich alsdann dieselbe langsam wieder auf die Norm, erreichte jedoch nie die Höhe von 38° C. (bei Messungen im Anus). Mit dem Abfall der Temperatur fiel auch die Puls- und Respirationsziffer, was bei dem prokritischen Temperaturabfall nicht in dem Masse eintritt, vielmehr zeigt bei diesem der Puls nur geringe Remissionen und die Respirationsziffer hält mit dem Temperaturabfall nicht Schritt.

Die Prognose der reinen, genuinen, fibrinösen Pneumonie im Kindesalter ist eine sehr günstige. Von den 30 im ersten Jahre auf der genannten Abtheilung behandelten Fällen ist keiner gestorben. Obgleich nun diese Krankheitsform eine so günstige Prognose zulässt, „so gehört immerhin ein hoher Grad von verständigem ärztlichen Handeln dazu, ein Kind über die Gefahren einer schweren Pneumonie hinwegzuführen“. Insbesondere wird in der Praxis durch das Bestreben gesündigt, die Temperatur während des Krankheitsverlaufes um jeden Preis herabzudrücken. Zunächst darf die Thatsache nicht ausser Acht gelassen werden, dass der Organismus mit höchster Wahrscheinlichkeit in der Fiebertemperatur ein Mittel zur Wehr hat gegenüber den feindlichen bacteriellen Einflüssen, sei es durch die, von der erhöhten Blutwärme, gesteigerte Energie der physiologischen Leistungen, oder die mit derselben, nämlich der erhöhten Blutwärme, einhergehende Leucocytose, welcher unter dem Gesichtspunkte der Phagocytenlehre besondere Bedeutung beizumessen ist. Ferner dass alle die bis jetzt als stärker wirkende bekannten Antipyretica sich auf den Herzmuskel oder die Blutmasse als in gewissem Sinne giftig erwiesen haben. Und gerade bei Pneumonie ist schon aus mechanischen Gründen besonders auf die Erhaltung der Herzthätigkeit zu achten. Es darf die antipyretische Behandlung bei einem Kinde nur insoweit zur Geltung gebracht werden, als durch dieselbe eine Schwächung der Muskelkraft des Herzens nicht bedingt wird und sind daher solche antipyretische Mittel, die eine feindliche Wirkung auf den Herzmuskel oder die Blutmasse ausüben, nur mit der äussersten Vorsicht und unter Anwendung von Stimulantien, welche wieder die Erhaltung der Muskelkraft befördern, anzuwenden.

Von diesem Principe ausgehend, ist von allen antipyretischen Mitteln unzweifelhaft das kalte Wasser dasjenige, welches die geringste schädliche Nebenwirkung entwickelt. Intensive und plötzliche Kälteeindrücke sind indessen, in Rücksicht auf die leichte Erregbarkeit des kindlichen Nervensystems, zu vermeiden; also weder kalte Uebergiessungen im warmen Bade oder Bäder von sehr niedriger (10—15° R.) Temperatur. Als wärmeentziehende Mittel mittleren Grades, mit geringer schädlicher Nebenwirkung, müssen das lauwarme Wasserbad von 20—24° R. und die Einpackungen

in kalten Decken gelten, von welchen letzteren wegen der erfrischenden Wirkung auf das Nervensystem und wegen der leichten Handhabung auch unter den beschränktesten Verhältnissen der Vorzug gebührt. Verfasser lässt sonach fiebernde Kinder, nackt entkleidet, in nasse Leintücher von 13—15—18° R., völlig über den Kopf, mit Freilassung des Gesichtes, über Schulter, Arme und Beine hinweg, einschlagen und alsdann in wollene Decken einhüllen. Nach 10 Minuten werden die feuchten Leintücher entfernt, eine zweite Einpackung vorgenommen, in manchen Fällen noch eine dritte; in der letzten Einpackung verbleiben die Kinder jedoch eine halbe Stunde lang, worauf sie dann abgetrocknet und leicht bekleidet in's Bett gelegt werden. Die Einpackungen werden, wenn es Noth thut, 2—3mal täglich vorgenommen. Zwischen jeder Einpackung erhalten selbst kleinere Kinder starken, kräftigen Wein (Sherry, Portwein, von 1 Theelöffel bis 2—3 Kinderlöffel, je nach dem Alter). Auf diese Procedur pflegt die Temperatur in der Regel um 1—2° C. zu fallen. Verf. macht jedoch nur in solchen Fällen von den Einpackungen Gebrauch, wenn die Fiebersteigerung mit schweren Allgemeinsymptomen, insbesondere mit nervösen einhergehen, in welchem Falle sich das Mittel auch besonders gut bewährt. Auch in prognostischer Beziehung sind die kalten Einpackungen von Wichtigkeit, so dass beim Ausbleiben des antipyretischen Effectes nach demselben die Prognose zweifelhaft wird und in diesen Fällen lassen auch die innerlich gereichten antipyretischen Mittel in Stich oder sie wirken nur in solchen Dosen antipyretisch, wo in Folge derselben Collapszustände das Leben bedrohen. Bei lang anhaltenden Fieberzuständen, also Typhus, combinirt Verf. die kalten Einpackungen mit inneren antipyretischen Mitteln, wo er indessen immer auf die kalten Einpackungen in erster Reihe das Hauptgewicht legt.

Literatur.

525. ***Dr. G. Zander's medico-mechanische Gymnastik, ihre Methode, Bedeutung und Anwendung, nebst Auszügen aus der einschlägigen Literatur.*** *Von Dr. **Alfred Levertin**, Director des „Östermalms" med.-mechan. Instituts in Stockholm. 8. 201 S. Stockholm, P. A. Norstedt & Söner, 1892.*

Den bedeutendsten Fortschritt in der sogenannten schwedischen Heilgymnastik stellt ohne Zweifel die Einführung der den Gymnasten ersetzenden sogenannten Gymnastikmaschinen von *Gustaf Zander* dar. Die von ihm eingeführte Methode hat sich nicht allein in Schweden, sondern auch in anderen Ländern, in der neueren Zeit auch besonders in Deutschland mehr und mehr eingebürgert, und es finden sich jetzt in verschiedenen grösseren Städten (Hamburg, Karlsruhe, Mannheim) und Badeörtern (Baden-Baden) vollständig nach *Zander* eingerichtete Institute. Der Verf. der vorliegenden Schrift hat die Resultate der eigenen Forschung und die Ergebnisse aus den fremden Anstalten zu einem sehr interessanten und ansprechenden Buche verarbeitet, welches das zerstreute Material der medico-mechanischen Gymnastik in gedrängter Kürze vorführt und wohl geeignet erscheint, das Interesse des ärztlichen Publicums für eine Curmethode zu wecken, die in manchen Fällen mehr leistet als andere.

Es wird z. B. immer mehr anerkannt, dass die Behandlung der Herzkranken nach *Zander* mehr leistet und weit weniger Gefahren in sich schliesst, als die vielbesprochenen Terraincuren. Es ist daher auch die Pflicht des Arztes, sich mit einer Methode bekannt zu machen, die eben durch die Arbeiten des Dr. *Zander*, dessen langjähriger Assistent Dr. *Levertin* gewesen ist, aus dem Stadium des unwissenschaftlichen Enthusiasmus in das der fachmännischen, kritischen Prüfung getreten ist und nicht mehr den Anspruch darauf erhebt, Alles curiren zu können, sondern als besonderes Heilmittel in bestimmten Fällen, aber in diesen auch vor anderen Heilmitteln benützt zu werden. Wer sich eine allgemeine Kenntniss über das Wesen der mechanischen Gymnastik zu verschaffen beabsichtigt, dem kann *Levertin's* Buch mit Recht empfohlen werden. Zahlreiche Abbildungen veranschaulichen die einzelnen Gymnastikmaschinen. Das Buch zerfällt in 11 Capitel, deren erstes die Theorie der *Zander*'schen Methode behandelt. Dann folgen Abschnitte über die Apparate der mechanischen Heilgymnastik und die Einrichtung und den Betrieb eines *Zander*'schen Gymnastikinstitutes. Das vierte Capitel ist der Erschütterung als Bewegung in der medico-mechanischen Gymnastikcur, das fünfte der Wirkungsart der mechanischen Heilgymnastik gewidmet. Das sechste und siebente betrachten die diätetische und Entwicklungsgymnastik. Es folgt dann das wichtigste und ausgedehnteste Capitel über die Anwendung der mechanischen Heilgymnastik bei krankhaften Affectionen, wobei der Reihe nach Herzkrankheiten, Nervenleiden, Affectionen der Respirations- und Unterleibsorgane, Constitutionsanomalien, Fettsucht, Gicht und chronischer Gelenk- und Muskelrheumatismus Besprechung finden. Das neunte Capitel behandelt die Bedeutung der medico-mechanischen Institute für die Berufsgenossenschaften, insbesondere im Hinblick auf die Nachbehandlung Verletzter. Die beiden folgenden Abschnitte beziehen sich auf die Behandlung der Scoliose. *Th. Husemann.*

526. ***Grundriss der pathologisch-anatomischen Technik für praktische Aerzte und Studirende.*** *Von Prof. Dr.* ***F. Neelsen,*** *Prosector am Stadtkrankenhause zu Dresden. gr. 8. 94 S. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.*

Der Verf. gibt in seinem Grundriss mehr als die pathologisch-anatomische Sectionstechnik nach dem von ihm seit Jahren geübten Verfahren; er nimmt auch auf die gerichtlichen Sectionen Rücksicht und widmet ein eigenes Capitel den Vorschriften für besondere Fälle, in welchem das Vorgehen bei *a)* Vergiftungen, *b)* bei der Section der Leichen neugeborener Kinder geschildert wird. Ganz neu und unseres Wissens in dieser Form zum ersten Male versucht, ist die Darstellung der „Pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden“, welche den zweiten Theil des Grundrisses bildet. Die Aufschrift der einzelnen Capitel belehrt uns über den Inhalt: 1. Allgemeine Bemerkungen über Instrumente und Utensilien. 2. Die Untersuchung frischer Präparate. 3. Methoden zum Fixiren und Härten von Präparaten. 4. Entkalkung. 5. Einbettungsmethoden. 6. Die Anfertigung und Conservirung mikroskopischer Präparate. 7. Methoden zum Färben mikroskopischer Präparate. 8. Uebersicht über die wichtigsten pathogenen Bacterienformen mit Rücksicht auf ihre Darstellung im gefärbten Präparat. 9. Die Untersuchung thierischer Parasiten. 10. Specielle Untersuchungsmethoden für bestimmte pathologische Gewebsveränderungen. 11. Uebersicht über die Behandlung der einzelnen Gewebe zu der mikroskopischen Untersuchung. Wenn auch

der Grundriss zunächst den Bedürfnissen des praktischen Arztes, welcher neben seiner praktischen Thätigkeit pathologisch-anatomische Untersuchungen auszuführen wünscht, angepasst ist, so bildet er doch auch für den Studirenden eine einleitende Anweisung für die praktischen Uebungen in den pathologisch-anatomischen Uebungscursen. Das „Büchlein", wie es Verf. nennt, ist kurz und klar gehalten. Druck und Ausstattung vortrefflich. —*w.*

527. ***Cursus der topographischen Anatomie.*** *Von Dr.* ***H. Rüdinger,*** *o. ö. Prof. der Anat. an der Universität München. Mit 51 zum Theil in Farben ausgeführten Abbildungen. II. unveränderte Aufl. 8⁰. 200 S. München, Verlag von J. F. Lehmann, 1892.*

Die Grundlage dieses Werkes, welches binnen Jahresfrist in zweiter Auflage vorliegt, bilden die Vorlesungen des Verf. über topographische Anatomie der Körpergegenden, wobei die Präparation der einzelnen Gebilde mit der topographisch-anatomischen Betrachtung verknüpft wird. Im vorliegenden Werke ersetzen die zahlreichen sorgfältigen Abbildungen, zum Theil dem grösseren Werke des Verf. über topographisch-chirurgische Anatomie entnommen, die Demonstrationen am Präparate; des Uebrigen ist die Darstellung der Regionen des menschlichen Körpers so lebhaft und eindringlich durchgeführt, dass sowohl Aerzte als Studirende den Ausführungen mit ebensoviel Interesse als Nutzen folgen werden. —*r.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

528. ***Ueber den praktisch-therapeutischen Werth der Antimonverbindungen.*** *Von Prof. Dr.* ***Erich Harnack.*** *Nach dem Vortrage, gehalten im ärztl. Vereine zu Halle a. S. (München. med. Wochenschr. 1892. 11.)*

Die Werthschätzung des Antimons war zu verschiedenen Zeiten eine sehr verschiedene und schwankende. Noch im Jahre 1830 waren nicht weniger als 21 Präparate des Antimon officinell, heute sind es deren nur noch 2, denn das dritte in unserer Pharmakopoe enthaltene dient lediglich der Thierheilkunde. Diese beiden Präparate sind bekanntlich der Brechweinstein und der Goldschwefel. Können wir dieselben nicht etwa als völlig entbehrlich bezeichnen? Das ist die Frage, die ich zur Discussion zu stellen beabsichtige. Sehr bezeichnend ist schon der Umstand, dass die Indicationen für die arzneiliche Anwendung der Antimonverbindungen gegenwärtig fast rein symptomatischer Natur sind. Gerade in dieser Hinsicht unterscheidet sich das Antimon von seinem nächsten Verwandten, dem Arsen, welches fast ausschliesslich zur Erfüllung specifischer Indicationes causales und morbi Anwendung findet. Man wendet heutzutage die Antimonverbindungen noch zu folgenden Zwecken in praxi an: 1. als hautentzündendes Mittel zum Zweck einer Ableitung auf die Haut, 2. als Emeticum, 3. als nauseoses Expectorans, 4. als Diaphoreticum, 5. als Fiebermittel.

Was die erste Indication zur Erzeugung von Reizung und Entzündung der Haut anlangt, so ist diese Wirkung bekanntlich eine ganz eigenartige, denn die Entzündung tritt disseminirt in Form von kleinen Eiterbläschen (Pusteln) auf. Die Wirkung wird übrigens leicht eine sehr heftige, sie kann schliesslich zur Necrose der Haut und der benachbarten Gewebe führen, wie man denn in früheren Zeiten bekanntlich Geistes-

kranken in die geschorene Kopfhaut so lange von der Pustelsalbe einrieb. bis die knöcherne Schädeldecke necrotisirte. Diese Anwendung des Brechweinsteins muss als entbehrlich bezeichnet werden, da wir an sogenannten Epispasticis ja bekanntlich durchaus keinen Mangel leiden, ich brauche nur auf das Crotonöl, das Euphorbiumharz, das Resorcin, das Chrysarobin u. s. w. hinzuweisen.

Die wichtigste Anwendung des Brechweinsteins ist diejenige, der er seinen Namen verdankt, die emetische, aber einmal ist heutzutage die Verwendung von Brechmitteln am Krankenbette bekanntlich ungemein eingeschränkt worden, und andererseits kann der Brechweinstein auch nicht als ein zweckmässiges Emeticum bezeichnet werden. Er wirkt emetisch vom Magen aus durch Reizung der Magenschleimhaut. Diese Reizung kann sich auch auf den Darm übertragen, so dass dann gleichzeitig mit dem Erbrechen auch Durchfälle sich einstellen. Dazu kommt, dass das Mittel, soweit es resorbirt wird, vom Blute aus noch Wirkungen allgemeiner Art hervorzurufen im Stande ist. Mit Recht hat daher die neueste Zeit den Tartarus stibiatus durch das Apomorphin als Emeticum ersetzt.

Gegen das Apomorphin, welches im Uebrigen ein ideales Brechmittel ist, erhebt man nur den einen Vorwurf, dass es leicht allgemeine Collapszustände, namentlich Muskelcollaps, erzeuge. Die Erklärung dieser letzteren Wirkung des Apomorphins ergibt sich mit grosser Wahrscheinlichkeit aus den Resultaten meiner eigenen Versuche und Beobachtungen an Thieren, durch welche festgestellt wurde, dass dem Apomorphin eine sehr heftige muskellähmende Wirkung zukommt. Aus diesem Grunde muss man allerdings bei Anwendung des Apomorphins mit der Dosirung die nöthige Vorsicht beobachten, und ich halte es nicht für richtig, dass die letzte Auflage unserer deutschen Reichs-Pharmakopoe die Maximaldosis des Apomorphins von 10 auf 20 Mgrm. gesteigert hat. In wie hohem Grade muskellähmend unter gewissen Umständen schon die frühere Maximaldosis von 10 Mgrm. selbst beim Erwachsenen wirken kann, davon habe ich mich durch eine interessante, an mir selbst gemachte Beobachtung zu überzeugen Gelegenheit gehabt. Ich war damals Reconvalescent nach einer leichten pneumonischen Erkrankung, was ich nur vorausschicke, um zu beweisen, dass eben meine Kräfte nicht ganz normale waren. Ich injicirte mir, um einen verschluckten Fremdkörper aus dem Magen wieder zu entfernen, auf einmal 10 Mgrm. Apomorphin unter die Haut. Nach wenigen Minuten trat ein wiederholtes Erbrechen ein, allein ebenso rasch steigerte sich die Muskelerschlaffung, so dass ich bald wie ein Sack auf den nahestehenden Divan hinstürzte und in kürzester Zeit völlig ausser Stande war, auch nur das kleinste Fingerglied zu rühren. Die sämmtlichen Körpermuskeln befanden sich im Zustande vollkommener Erschlaffung, nur die Athmung und selbstverständlich der Herzschlag dauerten fort. Es ist dies einer der hilflosesten Zustände, in welchen man einen Menschen zu versetzen vermag, und derselbe wirkt umso peinlicher, als das Bewusstsein dabei vollkommen erhalten ist. Erst nach einiger Zeit vermochte ich wieder schwache Bewegungen auszuführen und konnte wenigstens bis zur Zimmerthüre kriechen, um Hilfe herbeizurufen. Es versteht sich von selbst, dass die Gefahr des Eintrittes derartiger Muskelcollapse bei sehr jugendlichen oder geschwächten Personen grösser sein wird als bei kräftigen, und da die Menschen in sehr verschieden starker Weise auf das Apomorphin reagiren, so dürfte es

gerathen sein, stets mit kleinen Dosen von etwa 3—5 Mgrm. zu beginnen; bleibt die Wirkung aus, so kann man ja bereits nach wenigen Minuten die Gabe vergrössern.

Die dritte Indication für die Anwendung der Antimonverbindungen ist ihre Verwendung als nauseose Expectorantia. Für diesen Zweck benützt man insbesondere den sogenannten Goldschwefel, dessen Beibehaltung als Arzneimittel vielleicht eher begründet sein dürfte. Bekanntlich wird derselbe namentlich in der Kinderpraxis und vielfach combinirt mit dem Calomel in Form der sogenannten *Plummer*'schen Pulver bei Bronchialcatarrhen, catarrhalischen Pneumonien etc. verordnet. Allein auch in dieser Hinsicht vermag das Apomorphin, welches zu diesem Zweck innerlich darzureichen ist, einen Ersatz zu bieten. Für die Anwendung als Diaphoreticum bedürfen wir des Antimons nicht, da wir über geeignetere Mittel zu diesem Zweck verfügen und was die Anwendung des Brechweinsteins als Fiebermittel anlangt, so hat man dieselbe mit Recht gänzlich fallen gelassen. Die Idee, fieberhafte und entzündliche Zustände durch collapserzeugende Mittel zu behandeln, stammt aus der Zeit der Aderlässe und des Contrastimulus, der Zeit, wo man die Kräfte zu schwächen suchte, um der als Reiz wirkenden Krankheit zu begegnen. Heutzutage wissen wir, dass man gerade bei fieberhaften und entzündlichen Erkrankungen mit allen zu Gebote stehenden Mitteln die Kräfte des Patienten aufrecht zu erhalten bemüht sein muss, ja man überlegt sogar im einzelnen Falle sehr ernsthaft die Frage, ob die Anwendung eines fieberwidrigen Mittels voraussichtlich Nutzen stiften wird oder Schaden. Niemals würde ein Arzt heutzutage mehr auf die Idee kommen, durch Abschwächung der Herzaction vorhandenes Fieber zu bekämpfen.

So glaube ich denn als Resultat meiner kurzen Darlegung bezeichnen zu dürfen, dass wir zur Beibehaltung des Tartarus stibiatus keine genügende Veranlassung mehr besitzen, während ich über die Frage der praktischen Brauchbarkeit des Goldschwefels gern die Urtheile der Herren Collegen hören möchte.

Kleine Mittheilungen.

529. ***Mittelst Gastrotomie und Dilatation geheilte Oesophagusstrictur.*** *Von Dr.* ***Terrillon.*** *Acad. de méd. de Paris. Séance du 21 Janvier 1892. (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 4.)*

Verf. theilt die Krankengeschichte eines Patienten mit, welcher eine narbige Strictur in der Nähe der Cardia trug; da absolut keine Nahrung mehr in den Magen gelangte, machte Verf. die Gastrotomie und ernährte den Patienten einzig und allein durch die gross angelegte Fistel während 5 Monaten; während der Zeit erweiterte er allmälig, bis die Speisen wieder durch den Oesophagus in den Magen gelangten. Vollständige Heilung.

530. ***Behandlung der Epilepsie mit borsaurem Natron.*** *Von* ***Mairet.*** *(Le progr. méd. 1892. 6.)*

Verf. verabreicht das Mittel nach folgenden Formeln: Boracis 10·0, Glycerini 20·0, Infus. liquirit. 120·0 oder Boracis 10·0, Glycerini 20·0, Kaffee 30·0, Lait sucré 80·0 oder Boracis 10·0, Glycerin 5·0, Syr. cort. aurant. 30·0, Salep 90·0. Er beginnt die Behandlung mit 0·5—1 Grm. pro die und steigt allmälig selbst bis zu 10 Grm. täglich. Verf. gibt zu, dass, wenn 8 Grm. ohne Wirkung sind, meist auch höhere Dosen versagen. —m.

531. ***Bei habituellem Abortus aus unbekannter Ursache*** empfiehlt ***G. Tarazza*** folgendes Verfahren: Man lässt aus 6 Grm. Asa foetida depur. und Extr. Lactuarii q. s. 60 Pillen anfertigen und von diesen täglich 2 bis

10 Stück nehmen. Man beginnt mit der Behandlung, sobald man den Eintritt einer neuen Schwangerschaft vermuthet, lässt sodann, allmälig steigend, bis 10 Pillen täglich nehmen und geht gegen Ende der Schwangerschaft mit der Dosis wieder herunter, um bei der Entbindung selbst ganz auszusetzen.

(Sémaine médicale. — Allg. Wien. med. Ztg. 1892. 14.)

532. *Behandlung der Alopecia areata mit dem faradischen Strom.* Von **Blaschko.** *(Therap. Monatsh. 1892. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1892. 15.)*

In der Sitzung der Berliner med. Gesellschaft am 21. October 1891 stellte Verf. einen Kranken mit Alopecia areata vor, bei dem er durch halbseitige Anwendung des faradischen Stromes (mittelst kammförmiger Elektrode) halbseitiges Haarwachsthum auf den erkrankten Theilen bewirkte. Täglich wurde 5—10 Minuten lang die eine Kopfhälfte mit dem Kamm behandelt, während der Kranke die andere Elekrode in der Hand hielt. Nach 4 Wochen zeigten sich die ersten Haare.

533. *Ein Fall von tödtlicher Encephalitis nach einer hypnotischen Sitzung.* Von **Surbled.** *(Wien. med. Wochenschr. 1891. 36. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 17.)*

Bei einer am 31. März v. J. in Corbeil stattgehabten hypnotischen Sitzung stellte sich der 52jährige X. als Medium zur Verfügung. Er war ein Mann von grosser Einbildungskraft und hoher Intelligenz und beschäftigte sich eingehend mit Magnetismus. An den der Sitzung folgenden Tagen war er mit seinen Gedanken noch immer bei derselben. Am 10. April fielen der Familie einige Excentricitäten auf. Am 16. fuhr er nach Paris und gleich nach seiner Rückkehr trat heftige Erregung, verbunden mit Delirien, auf, und es wurde der Beginn einer Encephalitis constatirt. Am 22. April trat nach kurzdauerndem Coma der Exitus ein. Verf. glaubt, dass die hypnotische Sitzung die Gelegenheitsursache für das Entstehen der Encephalitis war, indem sie ein sehr impressionables Gehirn übererregte.

534. *Zur Frage über die Excision der Primärsclerose.* Von **W. Kopytowski.** *(Gaz. lekarska. XI. 14. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 37.)*

Ein junger Mann, welchen Verf. wegen Herpes praeputii behandelte, bekam während der Behandlung am Präputium ein Knötchen, das im Laufe der ersten zwei Tage im Centrum zu verfallen anfing. In der entsprechenden Leiste war eine schmerzlose Lymphdrüse zu fühlen, die jedoch angeblich schon früher vorhanden sein sollte. Die Frau, mit welcher ausschliesslich der junge Mann seit 3 Monaten geschlechtlich verkehrte, litt derzeit an ausgebreiteten flachen Condylomen ad vulvam et circa anum, was vom Verf. selbst constatirt wurde. Das Knötchen wurde vom Verf. excidirt, die Wunde heilte per primam. Seit dieser Zeit sind zwei Jahre verflossen, ohne dass etwaige constitutionelle Syphilissymptome beim Patienten aufgetreten wären.

535. *Der Gesundheitszustand der Münchener Canalarbeiter.* Von Dr. **W. Prausnitz.** *(Arch. f. Hygiene. XII. Heft 4. — Centralblatt f. klin. Med. 1892. 10.)*

Um einen Haupteinwurf der Gegner gegen die Durchführung der Münchener Schwemmcanalisation zu entkräften, sucht Verf. die Ungefährlichkeit der Canalluft durch den günstigen Gesundheitszustand der Canalarbeiter darzuthun. Die Zahl der jährlichen Krankentage pro Kopf betrug bei diesen Arbeitern in München für das Jahr 1889 3·6, 1890 4·1, 1891 3·6, während die entsprechenden Zahlen der Mitglieder der Fabriks- und Betriebskrankencassen 7·7, 8·4, 8·5 waren. Aehnliche Resultate haben sich bekanntlich auch anderen Orts ergeben.

536. *Ueber den Einfluss des Kali telluricum auf die Schweisse der Phthisiker.* Von Dr. **R. v. Pohorecki.** *(Przegl. lekarska. 1891. 46. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 16.)*

Das Mittel wurde in etwa 50 Fällen von Tuberculose der Lungen in den verschiedenen Krankheitsstadien in einer Dose von 0·01 bis 0·05 pro die gereicht. Sowohl die während der Nacht auftretenden, wie auch im Verlaufe des Tages mehrmals sich einstellenden Schweisse wurden durch dieses neue, von *E. Neusser* erprobte Mittel beseitigt. Manchmal konnte auch ein günstiger Einfluss auf den Appetit beobachtet werden. Zu den Schattenseiten des Kali telluricum gehört die nach Knoblauch riechende ausgeathmete Luft der Kranken, die davon nichts fühlen und

erst von der Umgebung auf den unangenehmen Geruch aufmerksam gemacht werden. Dieses Mittel beseitigt die Schweisse nicht nur der Phthisiker, sondern auch der sonst gesunden Personen, z. B. das Schwitzen während grosser Hitze.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Albert, Prof. E., k. k. Hofrath, Die Erfolge des Messers. Antwort auf die Broschüre: Unter der Herrschaft des Messers. Wien 1892, A. Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler.

Cohn, Dr. med. et phil. Hermann, Professor an der königl. Universität zu Breslau, Lehrbuch der Hygiene des Auges. Mit zahlreichen Holzschnitten und einer Tafel in Farbendruck. II. Hälfte. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1892.

Jaksch, Dr. Rudolf v., o. ö. Professor der speciellen medicinischen Pathologie und Therapie an der deutschen Universität Prag, Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bakteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden. Mit 140 zum Theile farbigen Holzschnitten. III. vermehrte Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1892.

Lewandowski, Prof. Dr. Rudolf, k. u. k. Regimentsarzt, Das elektrische Licht in der Heilkunde. Mit 307 Illustrationen. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1892.

Naumann, Dr. med. Gustav, Oberarzt am Krankenhause zu Helsingfors, Ueber den Kropf und dessen Behandlung. Autorisirte Uebersetzung aus dem Schwedischen von Dr. med. O. Reyher in Leipzig. Lund, Hjalmar Müller's Universitäts-Buchhandlung.

Volkmann, Richard v., Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge. Herausgegeben von E. v. Bergmann, Wilhelm Erb und Franz v. Winckel. Leipzig 1892, Verlag von Breitkopf und Härtel.

Nr. 43. Chrobak R.: Ueber die vaginale Enucleation der Uterusmyome.

Nr. 44. Baumgarten Egmont: Die Neurosen und Reflexneurosen des Nasenrachenraumes.

Nr. 45. Mackenrodt A.: Beitrag zur intrauterinen Therapie.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

WIENER MEDIZINISCHE PRESSE

XXXIII. Jahrg. 1892. Wochenschrift für praktische Aerzte. XXXIII. Jahrg. 1892.

Inhalt der Nummern 12–17 vom Jahre 1892:

Beilage zu Nr. 18: Wiener Klinik 1892. April-Mai-Heft: **Neudörfer: Die allgemeine und locale Behandlung der Tuberculose mittelst Spirotherapie.**

Einzelpreis dieses Heftes: 90 kr. = 1 M. 50 Pf.

Abonnements-Preise: „Wiener Medizinische Presse" und „Wiener Klinik": Inland: Jährlich 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährlich 20 Mark, halbj. 10 Mark, viertelj. 5 Mark. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährlich 24 M., halbj. 12 M. „Wiener Klinik" separat: Inland jährl. 4 fl., Ausland 8 M. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern u. Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Druck von Gottlieb Gistel & Comp in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

537. ***Ueber die Ursachen guter und bösartiger Diphtheritis.*** *Von Districtsarzt* **Thoresen.** *(Norsk Magazin. 1892, Februar, pag. 142.)*

Im Kirchspiele Eidsvold an der Bahn Christiania-Drontheim hat Verf. wiederholt Epidemien von Diphtheritis beobachtet, die theils dem Importe von aussen entstammten, theils aber auch mit älteren Epidemien im Zusammenhange standen, wo man keine andere Ursache als die vor vielen Jahren mit dem Auswurfe Diphtheritiskranker inficirten Kleidungsstücke oder Wohnstätten ermitteln konnte. So trat von 1874—1876 mehrmals bei einer äusserst unreinlichen Familie, die in den Sechziger-Jahren von Diphtherie heimgesucht war, ohne äusseren Import Diphtheritis auf, wobei mit Sicherheit nachgewiesen werden konnte, dass viele Jahre kein einziger Fall von Diphtherie im ganzen Districte vorgekommen war. In einem Falle wurde mit Sicherheit nachgewiesen, dass der Kranke nicht mit Diphtheritiskranken zusammengekommen sein konnte, wohl aber sich in einem Hause aufgehalten hatte, wo einen Monat vorher ein Todesfall durch Diphtheritis, der einzige seit mehreren Jahren, wo der District völlig frei von Diphtheritis war, vorgekommen war. In einem dritten Falle kommt eine Hausepidemie im Juli auf ein neu eingetretenes Dienstmädchen, das im Februar ein Kind an Diphtheritis verloren hatte, selbst aber nicht an der Krankheit litt und somit unzweifelhaft das Contagium in dieser Zeit aufbewahrte. Alle Fälle von directer Infection in Häusern, in denen viele Jahre hindurch keine Diphtheritisfälle beobachtet waren, oder durch das in Kleidern aufbewahrte Contagium waren ausserordentlich bösartig und die Erstinficirten, seien es Kinder oder Erwachsene, gingen regelmässig häufig unter sehr heftigen localen Erscheinungen zu Grunde, während die an ihre Erkrankung sich schliessenden weiteren Fälle von wesentlich milderem Charakter waren. Ja, im späteren Verlaufe dieser Epidemien war es nicht selten, dass es nur zu ganz leichter Angina ohne Exsudat kam und Allgemeinerscheinungen nicht beobachtet werden konnten. Auf diese Weise kann durch Ansteckung der Glieder anderer Familien es auch geschehen, dass die ersten Erkrankungen in diesen sehr leichte sind. Als zweites Moment, das für die Bösartigkeit der Diphtheritis in Betracht kommt, bezeichnet Verf. die Grösse der Fläche, wo das Contagium sich ausbreitet; doch können ganz ausnahmsweise bei grösserer Virulenz der Bacterien auch nur kleine Stellen Ausgangspunkt für bösartige Erkrankungen sein. Man muss die Tonsillen oder deren Lakunen keineswegs für Stellen halten, welche die Bacterien mit Vorliebe sich selbst auswählen, sie werden dorthin durch die

Athmung geführt. Stehen die Tonsillen vor oder sind etwas angeschwollen, so schlüpft das Contagium schwer vorbei; finden sich mehrere vorstehende Punkte, z. B. die Gaumenbögen, so fangen auch diese nicht selten die Bacterien auf, ja bisweilen heften sie sich nicht eher an, bis sie zu der Hinterwand des Schlundes gelangen. Bei Personen mit stark hervortretenden Gaumenbögen und straff gespanntem Velum kann sich der Ansatz des Contagiums auf die Ränder des Gaumensegels beschränken. Angeschwollene Mandeln bilden einen Schutz für die hinten liegenden Theile und besonders das Cavum laryngis. Es ist keineswegs richtig, dass die Lakunen der Tonsillen den hauptsächlichsten Sitz der Diphtheritis bilden, vielmehr bleiben diese in Folge der Schwellung der Falten, die ihre Wand bilden, in der Regel dem Zugang der Bacterien verschlossen. Dies gilt wenigstens für die günstig verlaufenden Fälle, während bei den zur Section gelangenden schweren Fällen allerdings das ganze Gewebe der Tonsillen erkrankt ist. Verf. hat bei Beschränkung der Diphtheritis auf die Tonsillen niemals tödtlichen Ablauf gesehen; in allen letalen Fällen waren Uvula und Velum oder Larynx mitafficirt. Wenn bei ausgebreiteter Diphtheritis man in den ersten Tagen nur Belag auf den Tonsillen sieht, dann am folgenden Tage am Zäpfchen, am dritten am Gaumensegel und später in der Nase, so lässt die Verschiedenheit des Baues dieser Theile, das lockere, permeable Gewebe der Mandeln im Gegensatze zu dem straffen Bindegewebe des Velum und der fest an Knorpel und Knochen gehefteten Schleimhaut der Nase es erklärlich erscheinen, dass bei gleichzeitiger Einführung des Contagiums die dadurch gesetzten Veränderungen sich nicht gleichzeitig ausbilden. Für die Prognose ist der Sitz der Ausschwitzung von besonderer Bedeutung. Nimmt diese ausser den Tonsillen den grössten Theil des weichen Gaumens ein oder findet sich scharf ätzende Secretion aus der Nase oder heiserer Husten ein, so ist die Aussicht auf Genesung gering. Solche weitausgedehnte Diphtheriten führen auch, im Falle die Blutvergiftung überstanden wird, gewöhnlich zu Paralysen. Was für die Halsdiphtheritis gilt, trifft auch für Hautdiphtheritis zu. Beschränkte Stellen führen nicht zu schwerer Blutvergiftung. Von geringem Belang ist die Constitution; es ist nicht allezeit wahr, dass gesunde kräftige Kinder leichter genesen als schwächliche. *Husemann.*

538. ***Parotitis nach Influenza.*** *Von Dr.* ***R. M. Bergh,*** *Hiterdal. (Norsk Magazin. 1892 Januar, pag. 77.)*

In der letzten Influenza-Epidemie machte Verf. die eigenthümliche Beobachtung, dass die Fälle in den einzelnen Familien immer schwerer wurden. In zwei Familien bildete Parotitis den Abschluss, die das eine Mal nur ein, in der anderen Familie zwei Mitglieder befiel. Die Affection war überall nur einseitig; nur in einem Falle zeigte sich auch auf der anderen Seite geringe Anschwellung.

Husemann.

539. ***Zur Aetiologie des Diabetes mellitus.*** *Von* ***H. Flesch*** *und* ***Teschenmacher.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 40 u. 41. — Centralbl. f. Nervenhk. 1892. 5.)*

Die Möglichkeit des Zustandekommens von acuter Glycosurie durch psychische Affecte findet eine Stütze in einem von *Flesch*

beobachteten Falle, wo nach hochgradiger psychischer Aufregung innerhalb 14 Tagen eine Steigerung des Zuckergehaltes von fast unmerklichen Spuren auf 0·1%, dann auf 1·7% und Wiederabfall auf unmerkliche Spuren erfolgte. Im Anschluss daran veröffentlicht *Teschenmacher* einen ähnlichen Fall, welchen er bei einem 7jährigen Knaben beobachtet hat. Der Knabe hatte in der langsamen Reconvalescenz nach Masern einen erheblichen Zuckergehalt des Urins (4%), welcher allmälig auf 1·9%, dann auf 0·35% sank und schliesslich völlig schwand. Nachdem der Urin schon 5 Tage völlig zuckerfrei gewesen war, zeigte der Knabe nach einem heftigen Schreck (Anfall durch einen bissigen Köter), in Folge dessen er vor Angst halb bewusstlos liegen blieb, sofort einen Zuckergehalt von 3·3%, welcher am nächsten Tage schon auf 2·4%, nach 2 Tagen auf 0·15% gesunken und nach 8 Tagen wieder verschwunden war.

540. ***Zur Symptomatologie der Tuberculose.*** *Von Dr. **P. Heymann**, Berlin. Demonstration in der Berliner med. Gesellschaft, 17. Februar 1892. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 19.)*

Es handelt sich um tuberculöse Geschwüre der Wangenschleimhaut. Pat., 35jähriger Mann, aus gesunder Familie, erkrankte angeblich zuerst vor etwa zehn Wochen mit Heiserkeit und Schlingbeschwerden. Seitdem haben sich Husten, Appetitlosigkeit und Nachtschweisse eingestellt. Gegenwärtig zeigt er Dämpfung und Rasseln über beiden Lungenspitzen, rechts ausgedehnter als links. Die rechte Wange ist in ihren unteren Partien auch äusserlich ein wenig geschwollen. Innen sieht man gegenüber den Unterzähnen eine langgestreckte Ulceration, umgeben von einem infiltrirten, unebenen Rande, unregelmässig begrenzt mit unebenem, zum Theile granulirtem, zum Theile graulich belegtem Grunde. Das Geschwür zieht sich, etwa beginnend gegenüber dem ersten Prämolaris, nach hinten, bis zu der Stelle, wo der letzte Molaris sitzen würde. Die Breite des Geschwüres beträgt etwa 2 Cm. Oberhalb desselben sieht man in der Wangenschleimhaut mehrere kleine, theils graulich durchscheinende, theils in oberflächlichem Zerfall begriffene miliare Knötchen. Im Kehlkopfe Röthung, Infiltration und leichtes Oedem der Epiglottis. Aryknorpel ödematös und infiltrirt. Das Kehlkopfinnere ist theils von der Epiglottis, theils von den Aryknorpeln im Wesentlichen überdeckt, die hinteren Partien des Kehlkopfes sind von flachen, grau belegten Ulcerationen eingenommen; die Affection der Wange macht dem Pat. gar keine Schmerzen. Sowohl der Belag des Geschwüres, als auch des Gewebsgrundes enthielt, wenn auch ausserordentlich spärlich, Tuberkelbacillen. Anschliessend berichtet Verf. über einen zweiten Fall von Phthise. Es handelt sich hierbei um ein bisher noch nicht notirtes Anfangssymptom. Der Pat., 19jähriger Mann, Bruder vor etwa 10 Jahren an Schwindsucht zu Grunde gegangen, erkrankte mit Schmerzen auf der rechten Seite des Rachens, die nach dem Ohre zu ausstrahlten. Verf. war Anfangs geneigt, die Klagen des Pat. auf die Pharyngitis, respective auf eine gewisse nervöse Abspannung zu beziehen. Erst bei wiederholter Untersuchung fand er, dass die rechte Seitenwand des Pharynx ganz unwesentlich mehr hervortrat als die linke, so dass die Epiglottis in ihren Bewegungen

34*

etwas gehemmt erschien und dass die Bewegungen des rechten Stimmbandes nach aussen hin nicht so ausgiebig waren wie auf der anderen Seite. Bei der Untersuchung des Halses von aussen wurde dann eine kleine Lymphdrüse am unteren Rande des Ringknorpels rechterseits geschwollen gefunden. Die Untersuchung der Lungen ergab leichte Dämpfung der rechten Spitze. Verf. ist geneigt, die Bewegungshemmung des Stimmbandes, welche sich als eine partielle Lähmung des Glottisöffners charakterisirt, durch Druck auf den Nervus recurrens zu erklären. Dieser Druck wird erzeugt entweder durch eine Schwiele an der rechten Lungenspitze oder, was wahrscheinlicher, durch die tuberculös infiltrirten Lymphdrüsen, welche längs der Nervenscheide des Recurrens liegen. Diese Drüsen sind von *Gouguenheim* und *Leval-Piquechef* ausführlich beschrieben worden. Dass es sich um Druck auf den Nervus recurrens und nicht auf den Stamm des Nervus vagus handelt, der sonst ähnliche Erscheinungen machen kann, geht daraus hervor, dass die Pulsfrequenz im Wesentlichen nicht vermehrt ist. Pat. hustet nicht, ist nicht wesentlich abgemagert, obwohl er sich in letzter Zeit etwas angegriffen gefühlt hat. Die leichten Schmerzen im Rachen sind das einzige Symptom, welches die Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat.

O. R.

541. ***Zur Aetiologie des acuten Morbus Brightii.*** *Von **Agnes Bluhm**, Constantinopel. Aus der medicinischen Klinik in Zürich. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVII. Heft 3 u. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 19.)*

Die sehr sorgfältige Arbeit enthält eine Zusammenstellung der ätiologischen Momente sämmtlicher Fälle von Morbus Brightii, welche in $5^1/_2$ Jahren auf der Züricher Klinik beobachtet wurden. Es werden darunter begriffen: 1. Die acute diffuse Nephritis; 2. die diffuse, chronische, parenchymatöse Nephritis (grosse weisse Niere); 3. die diffuse interstitielle Nephritis (primäre Schrumpfniere). Bei der acuten Nephritis kommen in erster Linie die Infectionskrankheiten in Betracht, und zwar wurde sie hier nach Abdominaltyphus häufiger als gewöhnlich beobachtet, ferner nach den acuten Exanthemen, nach Erysipel, Variola, Diphtherie, Angina tonsillaris, croupöser Pneumonie, acuter Peritonitis und acuter Miliartuberculose. Von chronischen Infectionskrankheiten sind Tuberculose und constitutionelle Syphilis zu verzeichnen; ferner eine Anzahl Hautkrankheiten, Eczema impetiginosum, Psoriasis, Tuberculosis cutis und Erythema nodosum. Toxischer Ursprung wurde in drei Fällen (Quecksilber, Thallin, Blei) notirt; als sonstige Ursachen kommen noch Darmkrankheiten, Icterus, Circulationserkrankungen, Schwangerschaft, Leucämie und Gonorrhoe vor. In 9% war die Ursache nicht zu ermitteln. Bei der chronisch parenchymatösen Form (14·8% aller Nephritiden) war die Ursache nur vereinzelt zu ermitteln, zum Theile in chronischen Infectionskrankheiten (Malaria) oder in anderen dauernd wirkenden Schädlichkeiten (Alkoholismus, schlechten hygienischen Verhältnissen). Von Interesse war ein Fall, der nach epidemischer Parotitis auftrat. Bei der genuinen Schrumpfniere sind die Erhebungen wegen des latenten Verlaufes noch schwieriger. In 11·0% bestand Syphilis, in 17·7% Arteriosclerose, in einem Falle konnte als Ursache Diphtherie, in

einem anderen Falle Typhus abdominalis, in einem dritten genuine Pleuritis und Potatorium angenommen werden. Häufig finden sich in den Anamnesen Angaben über frühere anscheinend polyarthritische Gelenkleiden. Von toxischen chronischen Ursachen konnte dreimal Blei, ebenso oft Alkoholmissbrauch festgestellt werden. Hinsichtlich der Entstehung der acuten Nephritis aus den acuten Infectionskrankheiten sei noch bemerkt, dass Grad und Verlauf der Primärkrankheit für die Nephritis keinen wesentlichen Einfluss besitzt.

542. ***Ueber die secundären Veränderungen der Kreislaufsorgane bei Insufficienz der Nierenthätigkeit.*** *Von Dr.* ***Oscar Israel.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 19.)*

Verf. weist nach, dass die Kreislaufsveränderungen, welche bei chronischen Nephritiden vorkommen und in verwandtschaftlichen Beziehungen zu denjenigen der Potatoren stehen, in allen Abschnitten des Gefässapparates, sowie in vielen Organen deutlich nachweisbare secundäre Störungen hervorrufen. Nach ihm sind die beschriebenen Abweichungen sämmtlich Zustände, die das Product einer Compensation für die durch die Grundkrankheit gesetzte Schädigung darstellen. Das Fortschreiten dieser Veränderungen ruft Zustände hervor, welche den Grund für Compensationsstörungen abgeben und schliesslich den Tod des Individuums trotz des Compensationsbestrebens der functionirenden Theile bewirken. Es sind zweierlei Momente, welche auf die verschiedenen Abschnitte des Gefässapparates einwirken: Das toxische und das anatomische. Während die Nothwendigkeit, die toxischen Substanzen aus dem Körper zu eliminiren, als die erste Ursache für die Gefässveränderungen erscheint, indem sie die erhöhte Herzleistung herbeiführt, gibt die letztere Anlass zu den geschilderten Gefässerkrankungen, die wohl nur zum geringsten Theile auf directe Schädigung durch die toxischen Substanzen zu beziehen sind und sich zum weitaus grössten Theile als Resultate der mechanischen Ueberlastung erweisen. Dass man hier nicht eine Eigenthümlichkeit vor sich hat, die nur der chronischen Nephritis zukommt, sondern einem allgemein giltigen Gesetze begegnet, geht schon aus der Parallele zum Potatorium hervor. Ja, es gibt noch ein Krankheitsbild, bei dem es möglich ist, anatomisch den gleichen Circulus vitiosus nachzuweisen, das ist der Diabetes, für dessen mellituriscbe Form Verf. über einige Erfahrungen verfügt. Bei der grossen Schädigung, welche die mit ihr verknüpfte Stoffwechselalteration dem Körper zufügt und den zahlreichen Complicationen, zu denen sie führt, ist es natürlich schwer, so viele uncomplicirte Fälle zu finden, dass eine statistische Zusammenstellung der Befunde ein schlagendes Ergebniss böte. Dennoch konnte Verf. bereits 1881 darauf hinweisen, dass in 10⁰/₀ der Leichen an Diabetes Verstorbener eine Herzhypertrophie gefunden wurde, ohne dass eine der gewöhnlichen Ursachen für dieselbe (auch keine Nephritis) vorhanden wäre. Seitdem haben nun *Jacques Meyer* und später auch *Saundby*, die das Procentverhältniss übereinstimmend auf 13⁰/₀ angeben, diese Befunde bestätigt. Verf. glaubt, dass die hinreichend bekannte Nierenhypertrophie kräftiger Diabetiker in Zusammenhang mit jener Hypertrophie des Herzens den Schlüssel darbietet für den ursäch-

lichen Zusammenhang der Combination: die Nothwendigkeit zur Secretion der harnfähigen Substanzen bei absolut oder relativ insufficienter Secretionsfläche. „Denn, wenn wir als bewiesen annehmen, dass die an Milz, Pancreas, Nebennieren, ja auch an den Nieren beobachtete Induration vor dem Eintritte der Compensationsstörungen, das Product arterieller Congestion sind, und die in diesen Organen eingetretene Erweiterung des Capillarquerschnittes die dauernde Erhöhung der allgemeinen Circulationsgrösse erst ermöglicht, so ist es nach dem Vorangegangenen verständlich, dass in der Zeiteinheit einem grösseren Quantum Blut die Möglichkeit zur Ausscheidung der toxischen Stoffwechselproducte geboten wird, dass also die Compensation für die fehlende Secretionsfläche in der Mehrleistung des Gefässapparates gelegen ist, und diese letztere durch die toxische Wirkung der harnfähigen Stoffe hervorgerufen werden muss.“

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

543. ***Ueber den therapeutischen Werth des Antinervin Radlauer's (Salicylbromanilid).*** *Von Dr.* ***G. Laurenti,*** *Assistent der med. Klinik des Prof. Maragliano in Genua. (Gazetta degli ospitali. 1892. 33. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 35.)*

Die Reihe der mit dem Antinervin behandelten Kranken erstreckt sich auf mehr als 50 Fälle. In der Mehrzahl derselben handelt es sich um catarrhalisch Inficirte, während die übrigen an Gelenkrheumatismus und einer an Chorea erkrankt waren. Es wurde mit Anfangsdosen von 0·5 in Pulverform, 4mal des Tages, begonnen; aber später erhöhte man dieselben bei robusten Personen bis zu 1·0 und einmal sogar bis zu 1·5. Die Resorption von Seite des Organismus ging, wie man constatiren konnte, schnell vor sich; denn bereits nach 35—40 Minuten hatte es grösstentheils den Blutstrom passirt, da man nach Ablauf dieser Zeit im Urin bereits Salicylsäure feststellte, deren Spuren noch nach 5—6 Stunden erwiesen wurden. Jedenfalls konnte man bei allen Kranken verschiedenen Alters und Geschlechtes nach der Einführung der ersten zwei Dosen Besserung, besonders bezüglich des Kopfschmerzes, der Schmerzen in den Lendengegenden, der Muskel- und Gelenkschmerzen, constatiren. Wurde die Behandlung fortgesetzt, so verhielt sich nach 24 Stunden der Puls voll und regelmässig, ohne jede Spur der Störung einer Herz- oder Allgemeininnervation. Auf die mehr weniger ernstlichen Symptome der Bronchopneumonie bei der Influenza schien das Mittel keinen Einfluss auszuüben und nur einen geringfügigen auf die Diaphorese und Temperatur. Letztere Erscheinung steht im Widerspruche zu den anderen Autoren und dürfte auf die geringeren Dosen von 0·5 zurückzuführen sein, da bei einer nicht wiederholten Dosis von 1·0 bis 1·5 nach 3 Stunden thatsächlich eine Temperaturabnahme von 1° bis 1·5° beobachtet wurde. Bei den Fällen des Gelenkrheumatismus erzeugte das Antinervin dieselben günstigen Wirkungen wie bei der Influenza. Ob durch dasselbe eine Abkürzung der Krankheitsdauer erzielt wurde,

konnte nicht mit Sicherheit entschieden werden; jedenfalls war bestimmt anzunehmen, dass andere Mittel in dieser Beziehung jenes nicht übertreffen. In dem einen Falle von Chorea verhielt sich das Antinervin bezüglich der motorischen Reizung indifferent. Das Antinervin kann also mit Erfolg angewendet werden bei allen Formen abnormer Erregungen des Nervensystems, gleichviel ob dieselben peripherischen Ursprungs sind oder ob sie das allgemeine Nervensystem betreffen. Ausserdem erzeugt es thatsächlich ausgezeichneten Erfolg bei allen rheumatischen Affectionen, da es gleichzeitig antirheumatische, analgetische und antipyretische Eigenschaften in sich vereinigt. In Fällen, in denen man eine schleunige Herabsetzung der Temperatur oder eine Ableitung auf die Haut durch verstärkte Diaphorese zu erzielen beabsichtigt, kann noch nichts Sicheres bezüglich dieser Wirkungen des Antinervin angegeben werden.

544. ***Ueber das Verhalten des Milchzuckers bei der Zuckerharnruhr.*** *Von Dr. Friedr. Voit. (München. med. Wochenschr. 1892. 9.)*

Es ist durch die Versuche von *Worm-Müller* am Menschen, von *Hofmeister* am Hunde und in jüngster Zeit von *Lusk* am Kaninchen mit Sicherheit erwiesen, dass im gesunden Organismus Milchzucker nach grossen Gaben in den Harn übergeht. *Hofmeister* fand, dass der Milchzucker eher, das heisst nach Aufnahme kleinerer Mengen im Harn erschien, als der Traubenzucker, woraus er den Schluss zog, dass der erstere im Körper schwerer verbrennlich sei. Verf. hat einem Diabetiker bei sonst kohlehydratfreier Kost bis zu 150 Grm. Milchzucker, auf drei Portionen im Tag vertheilt, gegeben und konnte darnach im Harn nur Traubenzucker finden. Es war das allerdings eine kleinere Menge, als sie bei den Versuchen der genannten Autoren am gesunden Organismus auf 1 Kgrm. Körpergewicht traf, aber es war doch überraschend, dass beim Diabetiker auch nach diesen kleineren Gaben kein Milchzucker im Harn erschien, da man ja den Milchzucker bisher für schwerer verbrennlich hielt, als den Traubenzucker. Man könnte sich nun wohl denken, dass der Milchzucker im Körper des Diabetikers in Traubenzucker verwandelt und dieser dann unzersetzt ausgeschieden werde. Diese Umwandlung könnte entweder schon im Darmtractus stattfinden, da bekanntlich Milchzucker durch verdünnte Säuren leicht in Traubenzucker und Galactose übergeführt wird, oder es könnte dieselbe erst nach Resorption im Organismus vor sich gehen. Nun hat aber *Lusk* am Kaninchen gezeigt, dass nach Einführung von Milchzucker per os im Darmcanal nur Milchzucker sich findet, folglich keine Ueberführung desselben in eine andere Zuckerart stattfindet, und dass ferner bei subcutaner Einspritzung von Milchzucker nur Milchzucker im Harn erscheint, dass also auch an einer anderen Stelle des Organismus eine derartige Umsetzung nicht angenommen werden kann. Daraus lässt sich nun wohl der Schluss ziehen, dass der Milchzucker auch im Körper des Diabetikers nicht nur eine einfache Ueberführung in Traubenzucker erleide, sondern dass er vollständig zersetzt werde. Damit erweist sich der Milchzucker als eine im Körper leichter verbrennliche Zuckerart. An den Tagen, an welchen der Pat. Milchzucker erhielt, schied er wesent-

lich mehr Traubenzucker im Harn aus, als vorher. Da dieser nach den obigen Ausführungen höchst wahrscheinlich nicht von dem verzehrten Milchzucker herstammt, so lässt sich für die Vermehrung der Zuckerausscheidung nur folgende Erklärung geben: der Diabetiker war noch im Stande, eine gewisse Menge von Zucker zu zerlegen. Bei Zufuhr von Milchzucker kam nun dieser, als der leichter verbrennliche, zuerst zum Zerfall; dafür konnte eine entsprechende Menge von Traubenzucker, die vorher, ohne Milchzuckeraufnahme, noch zersetzt wurde, nicht mehr verbrannt werden. Dass der Milchzucker bei sehr grossen Gaben im Harn des gesunden Organismus eher erscheint, als der Traubenzucker, lässt sich mit einer eigenthümlichen Eigenschaft desselben wohl erklären. Erhält der gesunde Mensch grosse Mengen von Traubenzucker in der Nahrung, so häuft sich reichlich Glycogen im Körper an, welches erst langsam und allmälig wieder zerstört wird. Es fällt demnach, auch wenn man beträchtliche Quantitäten von Traubenzucker auf einmal gibt, dieser doch nur nach und nach der Verbrennung anheim. Anders liegen die Verhältnisse beim Milchzucker. Dieser unterscheidet sich von anderen Zuckerarten, vom Traubenzucker, vom Rohrzucker, von der Lävulose, von der Maltose dadurch, dass bei seiner Aufnahme in den Körper, soweit alle Versuche bis jetzt ergeben haben, Glycogen nicht gebildet wird, oder wenigstens nur in so geringer Menge, dass es wohl aus dem Zerfall von Eiweiss entstanden sein kann. Wenn nun also bei Zufuhr von Milchzucker kein Glycogen im Körper angesammelt wird, so muss der resorbirte Milchzucker sofort verbrannt werden, während der Traubenzucker als Glycogen in der Leber und den Muskeln aufgespeichert wird. So lässt sich erklären, dass der Milchzucker, obwohl leichter im Körper verbrennlich, dennoch nach geringeren Gaben im Harn erscheint, als der Traubenzucker.

545. ***Beitrag zur Digitalisbehandlung bei Pneumonie.*** *Von* ***Rudolf Hoepfel.*** *Therap. Monatsh. 1892. 4. — Allg. med. Central-Ztg. 1892, 33.)*

Angeregt durch einen Vortrag, den *Petresco* auf dem Berliner medicinischen Congress 1891 gehalten, und im Hinblick auf die Unzulänglichkeit der bisher bei Pneumonia crouposa angewandten Mittel, hat Verf. seit März vorigen Jahres seine Pneumoniekranken mit hohen Dosen von Digitalis behandelt. Die Form, in der Verf. das Präparat anwandte, war die des Infuses:

Rp. *Infus. fol. Digit. 3·0 (—4·0),*
ad 100 Aqu. dest.,
Syr. simpl. 20·0.
S. Stündlich 1 Esslöffel zu nehmen,

so dass die Mixtur in circa 12—15 Stunden verbraucht werden konnte. Ausserdem liess Verf. in allen Fällen Eisblase appliciren, Einpackungen des ganzen Körpers in nasse Betttücher anwenden, griff sogar einigemale zu Blutegeln, und in einem Falle bei drohendem Oedem zur Venäsection. Jedoch nahm er, mit Ausnahme eines Falles, vollkommen Abstand von der Anwendung der sogenannten Antipyretica, Chinin, Antipyrin etc., wohingegen er, namentlich bei älteren Individuen, gleich von Anfang an fleissig schwere Weine etc. geniessen liess. Verf. hat im Ganzen 15 Pat. mit

Digitalis behandelt. Aus diesen 15 Fällen lässt sich nun Folgendes ersehen: 1. Von einer toxischen Wirkung der hohen Digitalisgaben war in keinem Falle die Rede. 2. 1—2 Tage nach einer, bei manchen Personen nach zweimaliger Darreichung der hohen Digitalisgabe geht in allen Fällen die Temperatur zurück, die Symptome der Pneumonie, wie Athemnoth, Schmerzen, Stechen etc., mildern sich, hören in drei Fällen ganz auf. 3. Alle mit Digitalis behandelten Fälle zeigen eine Abkürzung des Krankheitsverlaufes um 2—3 Tage. 4. Auffällig ist (hier in 8 Fällen) der oftmalige Ausgang der Pneumonie mit Lysis. Dass die Athemnoth des Kranken eine weniger starke wird, lässt sich wohl durch eine durch die Digitalisgabe hervorgebrachte compensatorische Mehrleistung des Herzens erklären. Ob aber die hohe Digitalisgabe direct antipyretisch wirkt, wie *Petresco* sagt, bezweifelt Verf.; denn in zwei Fällen von Rheumatismus artic. acutus hat er dieselbe hohe Digitalisdose gegeben und keine Abnahme des Fiebers beobachtet. Verf. hält die Wirkung mehr für indirect antipyretisch. Indem durch die hohe Digitalisgabe das Herz zu einer Mehrleistung gezwungen wird, wird auch so die der Pneumonie eigenthümliche Anschoppung in den kleinen Lungengängen verhindert, was mit dem auscultatorischen Befunde aller oben berichteten Fälle übereinstimmen würde.

546. ***Therapeutische Leistungen der Fette.*** *Von Dr.* ***Hauser.*** *(Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XX. — Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 19.)*

Verf. unternahm es, durch klinische Vergleiche und durch Fettausnutzungsversuche festzustellen, welchem der folgenden gebräuchlichen Präparate der Vorzug in der Praxis gebühre. Er prüfte an einer grösseren Zahl vornehmlich ambulatorisch behandelter Krankheitsfälle der *Henoch*'schen Klinik die Verträglichkeit und den Nutzen des ungereinigten sogenannten Berger Thrans, des gereinigten Dampfthrans, des Olivenöles, des Lipanins und der Kraftchocolade. Alle führten, wenn sie ertragen wurden, Gewichtszunahme und Besserung des Allgemeinbefindens herbei. Des Weiteren wurden dann bei Kindern jugendlichen Alters, welche sämmtliche Fettarten ohne Digestionsstörungen ertrugen, und welche der Reihe nach jedes Präparat acht Tage lang nahmen, durch Untersuchungen der Stühle festgestellt, wie weit bei den verschiedenen Präparaten das Fett ausgenutzt wurde. Die Ergebnisse dieser chemischen Untersuchungen stehen in Uebereinstimmung mit denen der klinischen Beobachtungen. Sie ergaben folgendes Resultat: Der Berger Thran hat, wenn er vertragen wurde, bei den klinischen Versuchen seinen alten Ruf gerechtfertigt. Dabei ergab die chemische Untersuchung genügende, zum Theil gute Resorption. Dagegen sind als schwere Nachtheile zu bezeichnen, dass er des widrigen Geschmackes wegen oft ungern genommen wird und dann der Umstand, dass in einem grossen Procentsatze der Fälle Verdauungsstörungen selbst ernsten Charakters erzeugt wurden, wahrscheinlich durch bei der Fäulniss der Gadusleber entstehende Ptomaine. Dampfthran, häufig ungern genommen, macht ebenfalls oft Verdauungsstörungen und wird obendrein wohl in Folge des niedrigen Gehaltes an Fettsäure schlecht resorbirt. Es liegt deshalb keine Veranlassung mehr

vor, sich dieser theureren und fraglichen Verbesserung des Berger Thrans zu bedienen. Oleum olivarum, das in südlichen Klimaten verbreitetste Speisefett, wurde im Ganzen genommen, gut verdaut, theils vorzüglich, theils befriedigend ausgenutzt. Doch zieht auch dieses Mittel, wenn auch seltener als der Dampfthran und besonders der Berger Thran, Störungen von Seite des Magens und speciell des Darmes in Gestalt von Durchfällen nach sich, die seine Anwendung zu sistiren zwangen. Ganz erheblich günstiger stellt sich nun das Resultat der Versuche mit Kraftchocolade und Lipanin. Bei Anwendung beider zeigt sich der nützliche Einfluss auf Körpergewicht und Allgemeinbefinden, sowie auf die jeweiligen Krankheitserscheinungen in einem Masse, wie man ihn von einer guten Wirkung des Leberthrans nur erwarten mag. Dabei machte aber das Lipanin, fast immer gern genommen, in keinem Falle Verdauungsstörungen und wurde von allen Fetten am besten ausgenutzt. Die Kraftchocolade, stets gern genommen, sehr gut verdaut und sehr gut ausgenutzt, bildet die angenehmste Form, einem Kinde grössere Mengen Fett beizubringen. Sie besitzt überdies den grossen Vorzug, auf eine mässige Diarrhoe stopfend zu wirken, ohne einen normalen Stuhlgang nennenswerth zu obstipiren; ist also auch bei Darmcatarrh anwendbar. Wo der theure Preis der letztgenannten Präparate stört, mag man zu dem sehr billigen und von den beiden Thransorten entschieden nützlicheren Berger Thran greifen.

547. ***Zur Ernährung der Zuckerkranken.*** *Von Prof.* ***Ebstein.*** *Vortrag am Congress f. innere Medicin. Leipzig 1892. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 19.)*

Verf. empfiehlt ein Brot für Zuckerkranke. Wegen der Mangelhaftigkeit des bisherigen Ersatzes für Brot, besonders des Kleberbrotes, hat man den Zuckerkranken etwas gewöhnliches Brot gestattet. Neuerdings hat *Hundhausen* ein Pflanzenmehl hergestellt, welches er Aleuronat nennt und welches nicht unter 80% Eiweiss enthält. Sowohl das reine Aleuronat, als auch das aus demselben hergestellte Brot werden sehr gut ausgenutzt, oft besser als das Fleisch. Man kann sich das Brot im Hause selbst backen; ein 30% Eiweiss haltendes Brot ist leicht herzustellen, aber auch bis zu 60% kann man erreichen. Besser ist es, bei einem Brote stehen zu bleiben, welches 50% Eiweiss enthält. Wenn ein Kranker $^1/_4$ Pfund von diesem Brote isst, so nimmt er 70 Grm. Kohlehydrate und wenn er noch ausserdem 28 Grm. Kohlehydrate etc. geniesst, so hat er nur 100 Grm. Kohlehydrate, wobei er immer bleiben kann. Das Brot verträgt viel Butter, was ein grosser Vortheil für die Ernährung ist.

548. ***Wesen und Werth der Liebreich'schen Serumtherapie.*** *Von* ***A. Hennig.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 14.)*

Verf. hat 40 Fälle genau nach der *Liebreich*'schen Vorschrift mit Cantharidininjectionen behandelt. 23 Kranke litten an tuberculösen, 17 nur an einfach catarrhalisch-entzündlichen Processen. Die Erfolge waren vorwiegend günstige und ermuthigen, zumal bei Combination der Injectionen mit anderen therapeutischen Massnahmen, zu weiterer Anwendung. Ein Unterschied zwischen der Wirkung des cantharidinsauren Kalis und Natrons liess sich nicht constatiren. Es wurden Dosen von $^1/_6$—4 Dcgrm. mit der *Overlach*'schen

Regulatorspritze subcutan in die Regio interscapularis, seltener in die Glutäalgegend und nur ausnahmsweise an den Extremitäten injicirt. Für eine Viertel- bis ganze Minute tritt starkes Brennen an der Injectionsstelle auf, das bei sorgfältigem Verreiben der injicirten Flüssigkeit intensiver und andauernder ist. Bisweilen stellt sich nach 3—6 Stunden erneutes Brennen ein und kann selbst einige Tage anhalten. Mehrfach bildeten sich auch circumscripte, Anfangs teigige, später derb infiltrirte Anschwellungen von Haselnuss- und Gänseeigrösse aus. Sie schwanden meist nach 3—4 Tagen; zumal in der Glutäalgegend waren Reste davon aber auch noch nach 4 Wochen nachweisbar. Lymphgefässe und Lymphdrüsen schwollen nie an. Hingegen war auf der Seite der Injection öfter die Schulter und selbst der ganze Arm für Tage schwer beweglich und matt. Schmerz und Infiltrate lassen sich ziemlich sicher durch Zusatz von 1% Cocain vermeiden. An Allgemeinerscheinungen kamen bald nach der Injection zur Beobachtung: Ohnmachtsanwandlungen, Unruhe oder Mattigkeit in den Extremitäten, Schlafsucht, öfter Nachtschweisse. Fieber wurde niemals durch die Injectionen erzeugt. Ebensowenig besteht bei gehöriger Vorsicht irgend eine Gefahr für die Nieren. Albuminurie und Tenesmus beobachtete Verf. nur sehr selten, Strangurie und Hämaturie niemals. Nachweisbare Nieren- und Blasenleiden verbieten diese Art der Therapie. Vorübergehende Albuminurie erlaubt erst dann die Fortsetzung, wenn einige Tage der Urin wieder völlig normal war. Vor Beginn der Cur muss der Urin mehrere Tage hindurch sorgfältigst auf Eiweiss untersucht werden. Glycosurie kam nur ganz vereinzelt in schwachem Grade vor. Leichtere Diarrhoen wurden öfters gebessert, abundantere bilden zumal bei längerer Dauer eine Contraindication. Die 13 Fälle von catarrhalischen Affectionen der oberen Luftwege, zumal des Kehlkopfes, wurden alle wesentlich gebessert, 11 voll geheilt. Besonders auffallend ist der günstige Erfolg bei sehr schweren Affectionen des Rachens und Kehlkopfes, bei denen Schwellung, Erosionen und Knötchenbildung auffallende Besserung erfuhren, was auch durch einige Holzschnitte erläutert ist. Ebenso wurde ein Fall von Phthisis pituitosa wesentlich gebessert, während Pleuritis sicca und Actinomycose der Lungen unbeeinflusst blieb. Alle 8 Fälle beginnender Phthise zeigten eine Besserung in Bezug auf das Allgemeinbefinden, den Husten, Quantität und Qualität des Auswurfes und auf die localen Erscheinungen von Seiten der Lungen und des Kehlkopfes, ebenso eine Gewichtszunahme. Die Tuberkelbacillen blieben allerdings unverändert nachweisbar. Der physikalische Befund erfuhr in manchen Fällen eine wesentliche Rückbildung der pathologischen Erscheinungen. Bei mittelschweren und schweren Fällen von Lungen-, Kehlkopf- und anderweitiger Tuberculose war auch im Grossen und Ganzen eine Aenderung zum Besseren nachweisbar, allerdings erwies sie sich bisweilen nur als vorübergehend.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

549. ***Ueber Episioplastik.*** *Von* **Otto Küstner,** *Dorpat. (Samml. klin. Vortr. N. F. 42.)*

Auf Grund anatomischer Studien und therapeutischer Erfahrung hat Verf. sich seit zwei Jahren vom alten schematischen Operationsverfahren bei Episio- und Perineoplastik losgesagt und lässt sich in jedem einzelnen Falle durch die vorgefundenen Narben den Operationsplan vorzeichnen, wobei er durch die Ueberzeugung geleitet wird, dass eine natürliche Vulva, ein natürlicher Damm den ihm während des Geschlechtslebens der Frau zufallenden Functionen besser genügt als ein beliebiges, mit noch so viel Phantasie construirtes Artefact. Diese Erfahrung und die Erwägung, dass die schwächsten Stellen des Dammes wohl in vortheilhafterer Weise zu schützen wären als dadurch, dass man sie anschneidet, bewog den Verf. dazu, den Dammentspannungsschnitt in die starke Partie des Dammes, in die Rhaphe zu verlegen. Was diesem Verfahren zum zweifellosen Vortheile gereicht, ist, dass die Wunde denkbarst einfach ist, und zweitens dass, wie die klinische Beobachtung ergeben hat, diese medianen Schnitte nie oder fast nie weiterreissen und somit nicht die hässliche complicirte Wunde setzen, welche sonst die Combination von Riss- und Schnittwunden bei seitlicher Anlegung des Schnittes darstellt. Zweck der vorliegenden Arbeit ist es, dieses sein Verfahren zu beschreiben, und unter Nachweis der damit erzielten, sehr befriedigenden Erfolge dasselbe auch anderen Operateuren warm zu empfehlen.

v. Buschman.

550. ***Hyperemesis gravidarum perniciosa und ihre Behandlung mit Cocain.*** *Von* **P. T. Neustube.** *(Shurnal akuschertswa. 1891. — St. Petersburg. med. Wochenschr. 1892. Beilage 3.)*

Anlehnend an die Theorie des Brechactes nach *Schiff*, will Verf. die Ursache des Erbrechens im Allgemeinen, mithin auch diejenige des unstillbaren, in einem Reize des verlängerten Markes suchen. In ähnlicher Weise, wie es bei dem Kleinhirn constatirt ist (psychische Centra), scheint auch das verlängerte Mark bei Frauen sich von demjenigen der Männer zu unterscheiden. Die periodischen Schwankungen in der Blutcirculation, welchen der weibliche Organismus unterworfen ist (Menstruation, Schwangerschaft), mögen sich als Reize von dem Beginne der Menstruation bis zur Schwangerschaft summirend eine solche Grösse erreichen, dass in Folge dessen Erbrechen und bei reizbareren Individuen unstillbares Erbrechen hervorgerufen wird. Einen Beweis für die Richtigkeit seiner Theorie, dass, wie gesagt, die Ursache des unstillbaren Erbrechens in einem allmäligen periodischen Anwachsen von Reizen im Brechcentrum des verlängerten Markes zu suchen ist, sucht Verf. in der Therapie dieses Leidens zu liefern. Die verschiedenen gebräuchlichen Mittel ihrer ungenügenden Wirkung wegen verwerfend, hält Verf. das Cocain für das rationellste Präparat, weil dasselbe auf die Nervencentra im verlängerten Mark und auf die sensiblen Nervenendigungen in der Cardia und zugleich auch noch auf psychomotorische Centra im Kleinhirn einwirkt,

welch letztere bei der Hyperemesis gleichfalls eine Rolle spielen. Es werden einige Fälle angeführt, in welchen das Cocain die gewünschte Wirkung hatte.

551. ***Ueber renale Neuralgien.*** *Von* **F. Légueu.** *(Ann. des malad. des org. gén.-ur. 1891. Vol. IX. — Centralbl. f. Chir. 1892.)*

Verf. berichtet über eine hierher gehörende Beobachtung aus der *Guyon*'schen Klinik. 26jähriger, nervös belasteter Mensch mit allen Symptomen einer linksseitigen Steinniere. Lendenschnitt, Freilegung der vollkommen normal erscheinenden Niere und genaue Ab- und Durchtastung derselben mit negativem Resultat. Pat. ist in dem Glauben, dass ein Concrement gefunden und entfernt worden ist. Besserung aller Symptome, bis Pat. durch eine Indiscretion über das negative Resultat der Operation aufgeklärt wird. Von dem Tage an kehren die gleichen Symptome wie vor der Operation zurück. Verf. schlägt vor, derartige krankhafte Zustände, für die im ganzen Harnapparat keinerlei nachweisbare Ursachen aufzufinden sind, als idiopathische renale Neuralgie zu bezeichnen. Ganz sicher beweisen das Bestehen einer renalen Neuralgie eigentlich nur die wenigen Fälle, in denen Nephrectomie vorgenommen und die Niere bei einer genauen pathologisch-anatomischen Untersuchung gesund befunden wurde. Verf. unterscheidet bei der renalen Neuralgie eine rein idiopathische Form — pathologische Veränderungen sind nicht nachweisbar — und eine symptomatische Form, reflectorisch hervorgerufen durch Erkrankungen mehr oder weniger entfernter Organe. Bei der ersteren Form, die sich entschieden häufiger beim männlichen Geschlechte findet, spielen Hysterie, Malaria, Traumen manchmal eine Rolle. Bei der symptomatischen renalen Neuralgie können Erkrankungen des Nervensystems, Blasen- und Prostataaffectionen, Erkrankungen der anderen Niere, Darmaffectionen etc. zu Grunde liegen. Die Hauptsymptome sind anfallsweise auftretende, heftigste Nierenschmerzen, die nach den verschiedensten Gegenden hin ausstrahlen und mit Erbrechen und Dysurie verbunden sind. Der Urin ist während der Anfälle stark saturirt, an Menge geringer und enthält zeitweise Blut. Die Anfälle treten meist ganz plötzlich, ohne Vorboten, auf. Die Niere ist nicht vergrössert; Druck auf die Nierengegend wird meist ausserordentlich stark schmerzhaft empfunden. Diagnostisch muss namentlich unterschieden werden, ob es sich um wirkliche idiopathische renale Neuralgie oder um Steinerkrankungen handelt.

552. ***Zweimalige Gravidität bei vorhandener Vesico-Vaginalfistel. Operation. Heilung.*** *Von Prof.* **C. v. Rokitansky.** *(Allg. Wien. med. Ztg. 1892. 5. — Der Frauenarzt. 1892. 4.)*

Der Fall betraf eine 27jährige Frau, die mit der Klage, sie könne den Urin nicht halten, zu Verf. kam. Die Anamnese ergab, dass Pat. ihr Leiden zuerst vor drei Jahren nach einer schweren Entbindung mit Decapitation bei einer vernachlässigten Querlage verspürt hatte; sie hatte dann im folgenden Jahre im sechsten Monate abortirt und im letzten Jahre ein lebendes, reifes Kind zur Welt gebracht, also trotz der Blasenscheidenfistel noch zweimal concipirt. Die Untersuchung ergab eine nagelgrosse Fistel unmittelbar vor der vorderen Muttermundslippe, die in die Blase führte und aus welcher die Blasenschleimhaut prolabirte. Verf.

machte die typische Fisteloperation, und zwar ohne Narcose, da Pat. auch noch mit einem mässigen Kropf behaftet war. Er frischte die Schleimhaut um die Fistel herum etwa 1 Cm. breit an und vereinigte den Defect in querer Richtung durch 10 Seidenknopfnähte, jeder Faden mit zwei Nadeln armirt. Jodoformgazetampon in die Vagina. Kein Verweilcatheter, kein Catheterismus. Am zehnten Tage konnten die Nähte entfernt und Pat. mit völlig geheilter Fistel entlassen werden. Interessant an dem Falle ist besonders die zweimalige Gravidität nach Bildung der Fistel. Er lehrt, entgegen einer verbreiteten Ansicht, dass Urinfisteln an sich die Geschlechtsfunction des Weibes nicht tangiren. Die Ursachen für Sterilität solcher Kranken liegen auch wohl meist, wie Verf. richtig betont, bei den Männern; trotzdem ist ein Gebrechen, wie es die Blasenscheidenfistel darstellt, kein Palladium gegen die sexuellen Angriffe des männlichen Geschlechtes, wofür der obige Fall ja ein treffendes Beispiel darstellt.

553. ***Ueber die locale Behandlung von Vaginalgeschwüren mit Alkohol.*** *Von Dr.* ***Bársony.*** *(Wien. med. Blätter. 1892. 15. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 36.)*

Im Mai vorigen Jahres wurde von Prof. *Kézmárszky* der Klinik eine Kranke behufs Operation überwiesen. Wegen Platzmangel konnte sie vor der Hand nicht aufgenommen werden und um sie im Auge zu behalten, bestellte sie Verf. zur ambulanten Behandlung. Die von Prof. *Kézmárszky* gestellte Diagnose lautete auf Carcinoma vaginae und war das makroskopische Bild so ausgeprägt, dass man von einer mikroskopischen Untersuchung absehen konnte. Versuchsweise, mehr aus Reinlichkeitsgründen, wusch Verf. täglich, später je zweitäglich die Wunde mit Alkohol. Als man nach acht Tagen die Pat. auf der Klinik hätte unterbringen können, war die Wundfläche dermassen verringert, dass man auch ferner bei der localen Behandlung verblieb. Am 16. Juli war die Scheidenwand rein, frei von jeglicher Wunde. Am 28. Juli waren wieder an der früheren Wundstelle zwei linsengrosse, schmutziggraue Wunden sichtbar, die sich auf Alkoholwaschungen abermals schlossen. Die Pat. verliess geheilt das Ambulatorium. Um dieselbe Zeit suchte eine 43jährige Frau die Klinik auf, bei der Carcinoma port. vaginalis diagnosticirt wurde. An der Pat. sollte eine Totalexstirpation vorgenommen werden, doch da sie nicht einwilligte, versuchte es Verf. mit Alkoholwaschungen. Am 3. August wurde Pat. wegen Aufräumung der Klinik entlassen und war um diese Zeit die Portio mit Epithel bedeckt; am unteren Rande des Muttermundes befand sich ein erbsengrosses, mit Epithel bedecktes Gebilde. Zu Hause setzte ihr Arzt noch eine Weile diese Waschungen fort; vom October ab jedoch nahm Pat. Alaunausspülungen vor. Im Februar stellte sie sich wieder mit dem früheren Status vor; auf Alkoholirrigationen besserte sich wieder die Wunde. Verf. glaubt, dass weitere Versuche angezeigt wären.

554. ***Einige mit Elektricität nach der Methode von Apostoli behandelte Fälle.*** *Von Dr.* ***W. Harajewicz.*** *(Przegląd lekarski. 1892. 11. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 37.)*

Unter drei in der Arbeit erwähnten Pat. litt die letzte an Endometritis gonorrhoica, sequente metritide, salpingitide et peri-

salpingitide praecipue dextra. Die vorher immer gesund gewesene Pat. erkrankte vor einem Jahre an einer mit heftigen Schmerzen verbundenen Entzündung im Hypogastrium. Nach einem zweimonatlichen Stadium heftiger Erscheinungen reducirten sich die subjectiven Symptome nur auf einen sehr reichlichen, hartnäckigen, gelben Vaginalausfluss, der vor und nach der Menstruation noch stärker war. Der Status praesens beim Beginne der Behandlung war folgender: Condylomata accuminata circa vulvam; eiteriger Belag des gerötheten Introitus vaginae; Vagina trocken; Portio vaginalis weich, etwas verdickt; das Orificium externum uteri nach hinten stehend; aus demselben fliesst viel dicken Eiters. Die Tuben beiderseits verdickt. Beide Tuben und Ovarien, besonders rechterseits, in ein entzündliches Exsudat eingehüllt. Um zuerst gonococcentödtend zu wirken, wendete Verf. anfänglich den positiven constanten Strom an. Er wiederholte die Sitzungen jeden vierten Tag, allmälig von + 60 zu + 100, + 120 und + 130 M. A. steigend. Schon nach der dritten Sitzung war der Ausfluss geringer und fast ausschliesslich schleimig. Die Untersuchung nach der fünften Sitzung hat fast vollständigen Schwund des Exsudates linkerseits und bedeutende Reduction desselben rechterseits constatirt. Um die Resorption der zurückgebliebenen Infiltrate zu befördern und den durch chronische Entzündung vergrösserten Uterus zur normalen Grösse zu bringen, wendete Verf. den negativen Strom von — 135 M. A. an. Schon nach der ersten dieser Sitzungen ist der Ausfluss so gering geworden, dass Pat. keine Binde mehr zu tragen brauchte. Nebenbei bemerkt Verf., dass während der Behandlung ausser Ausspritzungen der Vagina mit 1·5% Carbolwasser gar keine therapeutischen Massregeln zu Hilfe gezogen wurden.

555. ***Perimetritische Cysten entzündlichen Ursprunges.*** *Von* ***J. Schmitt,*** *New-York. (Amer. Journ. of obstetr. Januar-Heft 1892, pag. 18.)*

Die Peritonitis ist in der Regel eine serös-fibrinöse, doch überwiegt bei weitem die fibrinöse Ausschwitzung, wodurch es consecutiv zu Verdickungen des Peritoneum, zu Pseudomembranen, Adhäsionen u. dergl. m. kommt. Ausnahmsweise nur erfolgt blos eine seröse Effusion. Im Pleurasacke ist sie nicht so selten, trotzdem dieser ebenso ein seröser ist, wie das Peritoneum. Der Druck von Seite der äusseren Bauchdecken erschwert den Eintritt einer serösen Exsudation. Damit übereinstimmend ist letzterer bei Weibern, die geboren, häufiger, als bei Nulliparen. Mit Vorliebe tritt die seröse Exsudation im Beckenabschnitte des Peritoneums auf. Zumeist ist sie eine secundäre Erkrankung und stellt sie sich nach puerperalen oder gonorrhoischen Peritonitiden ein, zuweilen nach entzündlichen Affectionen der Ovarien oder Tuben. Sie hat keinen infectiösen Charakter, auch wenn das Primärleiden einen solchen besass. Wahrscheinlich wirken die Nachbargewebe als Barrière und lassen keine Mikroorganismen durch. Die ersten Symptome sind Fieber, Schmerzen, Meteorismus, eventuell Erbrechen, worauf sich ein fluctuirender Tumor bildet. Gleichzeitig participirt der Uterus, es bildet sich eine Endometritis. Der Uterus stösst fibrinöse Massen aus, ohne aber zu bluten. Der im Douglas

oder neben dem Uterus liegende Tumor wird in wenigen Tagen kindskopfgross oder noch grösser. Entweder bildet sich um den serösen Erguss eine feste fibrinöse Kapsel oder wird das Serum in ein von früher her bestehendes fibrinöses Exsudat hinein ergossen. Zuweilen sind beide Formen gleichzeitig da. Im weiteren Verlaufe folgen nicht selten umschriebene, peritonitische Attaquen. Selbst bis kindskopfgrosse solche cystöse Tumoren können noch resorbirt werden. Häufig aber bleiben diese Tumoren stationär und präsentiren sich wie grosse Cysten. Der Inhalt ist gelb, eiweissreich und hat ein specifisches Gewicht von 1·015. Die Diagnose ist nicht immer leicht. Aehnliche Abkapselungen von Flüssigkeit können sich bei Peritonealtuberculose bilden. Im letzteren Falle ist Folgendes differentiell diagnostisch wichtig: Die Lungenspitzen sind infiltrirt oder catarrhalisch, eventuell ist eine Pleuritis da, häufig besteht eine tuberculöse Salpingitis nebenbei, der Process steht nicht still, die Entzündungsproducte sind nodulär. Bei der Haematocele retrouterina ist der Krankheitsverlauf ein anderer. Hier ist Anfangs Fluctuation und wird der Tumor später hart. Bei den Entzündungscysten ist das Verhalten ein umgekehrtes. Beckenabscesse verlaufen immer unter heftigem Fieber mit colliquativen Schweissen. Den Entzündungscysten geht wohl immer ein acutes, entzündliches Stadium voraus, darnach aber fehlt es und befindet sich die Frau relativ wohl. Zuweilen schwindet die Unterscheidung von mit Entzündung complicirter Ovariencyste, von Tubenhydrops, von Cysten des Ligamentum latum und Echinococcussäcken. Die Entzündungscyste ist immer unbeweglich, fixirt, empfindlich bei Druck. Kann man die Diagnose nicht stellen, so gibt die Punction immer noch einen diagnostischen Behelf. Die Therapie ist im Stadium der Entzündung die der Peritonitis, nämlich Kälte, Laudanum und Sorge für ausgiebige Stuhlentleerung. Späterhin geht man local vor — Jodtinctur, Jodkaliglycerintampon, Ichthyolglycerintampon, warme Bäder, Massage, Heisswasserinjectionen in die Vagina u. dergl. m. — und trachtet gleichzeitig das Allgemeinbefinden zu heben. Nützt dies nichts, so kann man, wenn der Tumor den Bauchdecken unmittelbar anliegt, den Cysteninhalt aspiriren. Oft genügt auch eine unvollkommene Entleerung desselben. Eventuell wird die Aspiration wiederholt. Unter Umständen ist es angezeigt, die Cyste zu öffnen und mit Jodoformgaze auszutamponiren. Dadurch bringt man sie zum Schrumpfen. Die in Folge einer serösen Peritonitis sich bildenden Cysten stellen daher im Allgemeinen eine gutartige Erkrankung dar. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

556. ***Ein im Corpus vitreum frei herumschwimmender Körper.*** *Von Doc. Dr.* ***W. Goldzieher.*** *Gesellschaft der Aerzte in Budapest. (Pest. med.-chir. Presse. 1892. 20.)*

Ein Fall, den Verf. noch nicht gesehen und den er auch in der Literatur vergebens suchte. Der 54jährige Pat. gibt an, dass er beiläufig seit einem Jahre schlechter sieht. Die Krankheit wurde für senilen Staar gehalten. Verf. fand bei der Untersuchung die Linse und die vorderen Schichten ganz durchsichtig. Hingegen

erscheint im linken Auge das Bild einer Hyalitis; bei den Bewegungen des Auges flottiren nämlich im Glaskörper schwarze Fetzen und Pseudomembranen hin und her. Durch diesen dichten Schleier ist der Hintergrund des Bulbus kaum sichtbar, frei jedoch von kranken Kernen. Dieses Auge zählt Finger blos einen halben Meter weit. Interessanter gestaltet sich das zweite Auge. Vordere Schichten, Linse auch hier normal. Mittelst Spiegel sieht man erst eine diffuse Trübung, ohne im Hintergrunde Details auszunehmen. Nur wenn sich das Auge bewegt, sieht man hinter der Linse einen unbestimmten Körper flottiren. Wenn man hingegen nicht durch die centrale Oeffnung des Reflectors, sondern seitwärts in die beleuchtete Pupille blickt, sieht man hinter der Linse einen ganz weissen, bohnengrossen, flachovoiden Körper liegen, der sich bei verticaler Locomotion des Auges nach oben und unten frei zu bewegen scheint; stellt sich der untere Theil fest, sieht man einen lichtrothen Fleck daran. Dasselbe Bild erscheint, wenn der Kranke beim Fenster steht, bei diffusem Tageslicht. Sorgsame Beobachtung hat zweifellos erwiesen, dass sich aus diesem Körper gegen den Hintergrund zarte Fäden hinziehen. Das Auge ist in hohem Grade amblyopisch. Bis nicht ein glücklicher Zufall die Untersuchung begünstigt, lässt sich dieser Befund kaum für etwas Anderes als für ein mit Hyalitis zusammenhängendes Entzündungsproduct ansehen. Im Anschlusse an die Vorstellung bemerkt *Emil Grósz,* dass er schon zwei solche Fälle gesehen; es handelt sich wahrscheinlich um ein hyalitisches Exsudat; da die Therapie dagegen machtlos ist, wäre die Iridectomie zu versuchen. Verf. betont noch einmal die Seltenheit der Beobachtung: die Iridectomie würde er für einen Kunstfehler halten. —r.

557. ***Vorschläge zur Kehlkopfexstirpation.*** *Von Prof.* **Bardenheuer.** *(Arch. f. klin. Chir. Bd. XLI, pag. 561—564. — Centralbl. f. Chir. 1892. 19.)*

Verf. hatte früher bei der Kehlkopfexstirpation recht ungünstige Resultate. Fast alle Operirten starben in Folge einer septischen Entzündung, welche ihren Ausgang vom tiefsten Punkte der Wundhöhle, von der Nische zwischen Trachea und der angrenzenden Musculatur aus nahm. Das hier angesammelte Wundsecret zersetzte sich, senkte sich in die Tiefe, griff auf das peritracheale Zellgewebe, auf's Mediastinum über und leitete so die Allgemeininfection ein oder es trat in die Trachea ein und führte zur Entwicklung einer septischen Pneumonie. Als Ursache der Sepsis schuldigt Verf. die Schwierigkeit einer correcten Ausstopfung der Wundhöhle an besagter Stelle und den Eintritt von inficirenden Speiseflüssigkeiten, besonders bacterienreichen Mundsecretes, an. Deshalb geht er heute folgendermassen vor: Einige Tage vor der Operation wird die Mundhöhle mehrmals täglich mit der Zahnbürste gereinigt und danach die Mundschleimhaut mit Salicylwatte abgetrocknet. Bei der Operation selbst wird ausnahmslos die *Hahn*'sche Tamponcanüle in Gebrauch gezogen. Um einen freien Einblick in das Operationsgebiet zu gewinnen, werden zwei grosse viereckige Lappen gebildet. Ist der Kehlkopf entfernt, so kommt es nunmehr darauf an, eine Scheidewand zwischen der Mund- und Wundhöhle zu etabliren. Zu diesem Zwecke wird die bei der Ex-

stirpation möglichst geschonte Schleimhaut unterhalb des Kehldeckels mit der gleichfalls geschonten vorderen Wand des Oesophagus von vorn nach hinten zusammengenäht, eventuell der freie angefrischte Rand der Epiglottis durch die Naht mit letzterer vereinigt; dann wird die Wundhöhle mit sterilisirter Gaze ausgestopft. Pat. wird ferner so gelagert, dass der Kopf nach hinten gesenkt ist und der Trachealstumpf den höchsten Punkt der Wunde bildet. Hierdurch erreicht man, dass das Wundsecret nicht in die Trachea eintreten kann, sondern mit dem Trachealschleim etc. nach oben und hinten kopfwärts abfliesst. Den ersten Verbandwechsel braucht man erst nach acht Tagen vorzunehmen, wenn die Nähte halten. Es kommt endlich, da die Operirten selbst schlucken können, die früher nach der Kehlkopfexstirpation unumgängliche Ernährung mit der Schlundsonde in Wegfall, deren Einführung auf Schwierigkeiten stiess, einen häufigen Verbandwechsel benöthigte und einen erheblichen Reiz auf die Wunde ausübte, ja zuweilen sogar zur Sprengung der Naht Veranlassung gab. Verf. verfuhr in der angegebenen Weise bei vier Kehlkopfexstirpationen, drei totalen und einer partiellen. Alle vier Pat. genasen, einer starb allerdings sechs Wochen später an einer schon vor der Operation bestehenden Blennorrhoe der Bronchien.

558. ***Zur Behandlung der Ozaena (Rhinitis atrophicans foetida).*** *Von Dr.* ***Turban,*** *Davos. (Therap. Monatsh. 1892. 5.)*

In 10 Fällen von Ozaena hat Verf. folgende einfache Verordnung mit bestem Erfolge angewendet:

Rp. *Jodoli cryst.,*
Acid. tannici,
Boracis aa.
M. f. pulv.
S. Schnupfpulver.

Anfangs 5—6mal täglich, später 3mal täglich eine Prise in jedes Nasenloch. Verf. bemerkt ausdrücklich, dass keinerlei sonstige örtliche Massnahmen (Ausspülungen u. s. w.) mit der Anwendung dieses Schnupfpulvers verbunden wurden. Secretion und Borkenbildung verschwanden dabei oder wurden wenigstens so vermindert, dass sie den Pat. nicht mehr belästigten, der Fötor verschwand in allen Fällen für verschieden lange Zeit; sobald er sich wieder bemerklich machte, wurde wieder geschnupft. Besonders günstig wurden diejenigen Fälle beeinflusst, in welchen neben der Atrophie noch hypertrophische Stellen in der Nase vorhanden waren. Ganz schwere Fälle müssen natürlich energischer behandelt werden

559. ***Gutartiges acutes Larynxödem.*** *Von Dr.* ***J. Garel,*** *Lyon. (Annal. des malad. de l'oreille etc. 1891. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 28.)*

Verf. berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle von acutem Oedem, deren Verlauf ungefähr übereinstimmend folgender war: Junger Mann, eingestandener Alkoholiker (beide Fälle), welcher hin und wieder an Halsbeschwerden gelitten hat, erkrankt plötzlich an starken Schlingbeschwerden, Heiserkeit und Fieber. Damit verbunden sind heftige Kopfschmerzen; kein Albumen im Harn. Laryngoskopisch sieht man ein weiches, leicht eindrückbares Oedem besonders in den Gruben zu beiden Seiten des Larynx, deren

Grund im Niveau der aryepiglottischen Falten steht. Stimmbänder stark geröthet, etwas geschwollen, aber normal beweglich. Aryknorpel ödematös. In dem einen Falle war auch die Epiglottis ödematös infiltrirt. Beide Fälle gingen auf Pinselungen mit Cocain- und Jodlösung schnell zurück. Verf. glaubt diese Fälle auch laryngoskopisch von den malignen, mit Eiterbildung einhergehenden differentiren zu können durch die weiche Consistenz und die transparente Beschaffenheit der Geschwulst, welche beim eiterigen Oedem durch eine harte, tiefrothe, nicht transparente Intumescenz ersetzt wird. Er hält es daher für gerechtfertigt, dem Krankheitsbilde den Namen „Oedema benignum acutum" zu geben. Freilich hält er es für gerechtfertigt, mit dem Zusatze „benignum", das heisst mit der günstigen Prognose zurückhaltend zu sein, da auch hier unter Umständen der Tod durch Erstickung eintreten kann. Verf. glaubt, dass man diese Fälle für infectiös halten muss, doch lässt er es dahingestellt, ob sie wie die *Massei*'schen durch den *Fehleisen*'schen Erysipelcoccus oder durch andere Bacterien verursacht sind. Bacteriologische Untersuchungen sind nicht gemacht. Verf. macht auf die grosse Wirksamkeit von Pinselungen mit Jodtinctur nach vorheriger Cocainisirung bei acuten Oedemen aufmerksam.

560. ***Ein Fall von hämorrhagischer Retinitis bei progressiver perniciöser Anämie.*** *Von Dr.* **Alexjew.** *(Tiflis Russk. Med. 1892. 1. — Centralbl. f. Augenhk. 1892. 4.)*

Biermer hat zuerst darauf hingewiesen, dass bei der perniciösen Anämie Blutergüsse in das Netzhautgewebe vorkommen, ja er zählte dieselben zu den constanten Symptomen dieser Erkrankung. *Jaccoud, Dieulafoy, Niemeyer, Eichhorst, Quincke* bestätigten dasselbe, der Letzte fand in 20 Fällen der Krankheit 16mal Blutergüsse der Netzhaut, er sah dabei jedoch auch Netzhautödem und Retinitis auftreten. *Müller* sah in 44 Fällen der Erkrankung immer Netzhauthämorrhagien, *Makenzie* fand dabei einmal eine Neuritis optica vor. Eine Complication der perniciösen Anämie mit Retinitis haemorrhagia fand *Alexjew* in der Literatur nur in 3 Fällen *(Henrot* und *Quincke)* erwähnt. — Am 22. April 1889 wurde in das Krankenhaus ein 23jähr. Soldat aufgenommen, bei dem es während des Krankheitsverlaufes unentschieden blieb, ob er an der *Werlhof*'schen Krankheit oder an progressiver perniciöser Anämie leide. Am 3. Juni fand man bei ihm die Pupillen äusserst blass, trübe, ihre Grenzen undeutlich, der Augenhintergrund von blassgelber Farbe, die Gefässe der Netzhaut und der Papille umnebelt und stellenweise unterbrochen: über den ganzen Augenhintergrund sind runde, ovale bis linienförmige Blutflecke zerstreut. R. S. = $^1/_{24}$, L. S. = $^1/_{60}$. Der Kranke starb am 24. Juni und die Zergliederung bestätigte die Diagnose der progressiven perniciösen Anämie. Eine anatomische Untersuchung der Augen wurde nicht vorgenommen.

Dermatologie und Syphilis.

561. ***Wesen und Behandlung von Lichen Wilsonii.*** *Von Dr.* **L. Jacquet.** *(Semaine méd. 1891. 62. — Therap. Monatsh. Mai 1892.)*

An der Hand von 7 Fällen von Lichen ruber kommt Verf. zu dem Schlusse, dass diese Affection eine Neurose mit secundären,

auf äusseren Reizen beruhenden Hautveränderungen sei. Diese Ansicht stützt er folgendermassen: Er weist neurasthenische Symptome nach, auch hereditäre nervöse Belastung, zeigt, dass die nervösen Beschwerden der Hautaffection vorangingen, dass letztere bei Beruhigung des Nervensystems ohne locale Behandlung abheilte und legt den unmittelbaren Zusammenhang der Eruption mit localen Reizen klar. Er erzielte vier Heilungen in durchschnittlich 25 Tagen und drei Besserungen durch tägliche Application der lauen Douche (2—3 Minuten) mit kurz dauernder kalter Uebergiessung.

562. ***Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Asparaginquecksilber.*** *Von Prof.* ***I. Neumann****, Wien. (Wien. med. Blätter. 1892. 9.)*

Im Januar 1891 wurden die Versuche mit Asparaginquecksilber an Verf. Klinik aufgenommen und bis Ende des Jahres 37 Pat. damit behandelt. Die Methode der Darstellung des Präparates nach Hofrath Prof. *E. Ludwig* ist folgende: 10·0 Grm. Asparagin wurden in warmem Wasser gelöst und hierauf partienweise Quecksilberoxyd so lange eingetragen, bis ein Theil desselben ungelöst blieb. Hierauf liess man die Flüssigkeit erkalten und filtrirte. In einem genau gemessenen Volumen des Filtrates machte man eine Quecksilberbestimmung. Die Lösung des Asparaginquecksilbers wurde hierauf mit destillirtem Wasser bis zur geforderten Concentration (1—2% Quecksilbergehalt) verdünnt. Eine beim Verdünnen mit Wasser oder bei längerem Gebrauche spontan entstandene weisse Trübung kann man durch Eintragen von etwas gepulvertem Asparagin wieder beseitigen. Das auf solche Weise gewonnene Präparat bildet eine klare, farb- und geruchlose Flüssigkeit von metallisch-salzigem, etwas brennendem Geschmacke. In seiner chemischen Zusammensetzung unterscheidet es sich von dem *Wolff*'schen Präparate dadurch, dass es genau die Menge von Asparagin enthält, die dessen Bindungsvermögen mit Quecksilberoxyd entspricht, so dass eine überschüssige Menge des Asparagins, wie sie offenbar bei *Wolff's* Versuchen vorhanden war, vermieden wird. Die Injectionen wurden mittelst der desinficirten *Pravaz*'schen Spritze bei Beobachtung der strengsten Antisepsis gewöhnlich in die Interscapulargegend subcutan, seltener in die Glutäalgegend intermusculär gemacht. Es wurde nur einmal täglich, und zwar in den Vormittagsstunden, der Inhalt einer *Pravaz*'schen Spritze = 1 Ccm. der Lösung, entsprechend 0·010 Grm. Quecksilber, injicirt. Mit Ausnahme einer empfindlichen Kranken, bei welcher an den Injectionsstellen zeitweise leicht schmerzhafte Infiltrate sich bildeten, die aber in Kürze wieder schwanden, vertrugen sämmtliche Pat. diese Behandlungsmethode sehr gut. Stomatitis beobachtete Verf. nur einmal in einem Falle, bei welchem täglich 2 Cgrm. injicirt wurden; hier traten während der Behandlung blutige Diarrhoen mit deutlich nachweisbarem Quecksilbergehalte der Darmentleerungen, in einem zweiten ein grossmaculöses Exanthem auf. Alle genannten Begleiterscheinungen verschwanden bei kurzer Unterbrechung der Cur. Bei zwei Sclerosen wurde die Präventivcur eingeleitet und während in dem einen Falle nach einer 28tägigen Behandlungsdauer (26 Injectionen) kein Exanthem auftrat, stellte

sich dieses im zweiten Falle nach der 22. Injection ein und konnten hier die luetischen Erscheinungen erst nach weiteren 38 Injectionen zum Schwinden gebracht werden. Von den 37 Kranken, die auf der Klinik bis Ende April 1891 mit Asparaginquecksilber-Injection behandelt wurden (die Behandlung anderer Kranker wird noch derzeit fortgesetzt), waren 21 Männer, 16 Weiber; davon blos eine mit tertiären, alle übrigen mit secundären Erscheinungen der Syphilis. Das Abblassen des Exanthems war durchschnittlich bereits am 13. bis 14 Tage zu beobachten, bis zum Schwinden waren drei bis vier Wochen nothwendig. Bei der mit tertiären Erscheinungen (Gummata cutanea, Scleradenitis gummosa) in Behandlung gewesenen graviden Pat. konnte auch eine günstige Wirkung auf den Fötus erzielt werden. Zu den besonderen Vorzügen des Asparaginquecksilbers gehört auch die rasche Aufnahme in die Circulation, wodurch eine beschleunigte Beeinflussung des syphilitischen Krankheitsprocesses ermöglicht wird und das ein rasches Ausscheidungsvermögen zur Folge hat. Nach der Analyse zeigten sich in dem 24 Stunden nach der ersten Injection von 0·01 Quecksilber in Form von Asparaginquecksilber untersuchten Harne Mengen von 0·0008 bis 0·00013 Hg. Da die Injectionsflüssigkeit nur ausnahmsweise Schmerzen verursacht, wäre sie in dieser Richtung gleichwie in ihrer Wirkung den löslichen Quecksilberverbindungen: *Bamberger's* Peptonquecksilber, der Sublimatkochsalzlösung und dem *Liebreich*schen Quecksilberformamid gleichzustellen. *O. R.*

563. ***Contactinfection bei Epitheliom.*** *Von* **Ove Hamburger.** *(Hosp. Tid. 3. R X. 4. 1892. — Schmidt's Jahrb. 1892. 4.)*

Eine 50 Jahre alte Frau hatte an der linken kleinen Schamlippe eine Geschwulst, die binnen zwei Jahren so gewachsen war, dass sie fast die ganze linke Seite der Vulva einnahm, die Mittellinie überschritt sie aber weder vorn, noch hinten, auch in der Tiefe war keine nach rechts übergreifende Infiltration zu entdecken; seit einigen Monaten war sie an der Oberfläche ulcerirt und sonderte stinkenden Eiter ab. Kurz nach Beginn der Ulceration hatte sich an der Innenseite der rechten kleinen Schamlippe, zwischen mittlerem und hinterem Drittel, an einer Stelle, die in beständiger Berührung mit der Geschwulstmasse auf der linken Seite stand, eine kleine Warze gebildet, die sich etwa nach 1 Monat in ein rundes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern umwandelte. Am 16. October 1891 wurden beide Geschwülste exstirpirt. Im Centrum der kleineren Geschwulst fand sich der anscheinend normale Ausführungsgang der *Bartholini*'schen Drüse. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass beide Geschwülste typische Plattenepitheliome waren, der Ausführungsgang der *Bartholini*'schen Drüse erwies sich als normal, mit einfachem Cylinderepithel ausgekleidet. Eine Uebertragung durch Contact kann kaum in Zweifel gezogen werden. Die Möglichkeit einer multiplen primären Krebsentwicklung mit Ausgang von der *Bartholini*'schen Drüse kann zwar nicht ganz von der Hand gewiesen werden, aber die mikroskopische Untersuchung ergab die Geschwülste als typische Plattenepitheliome, während der Ductus der Drüse mit Cylinderepithel ausgekleidet war. In der Literatur hat Verf. nur 7 Fälle von Uebertragung des Krebes durch Contact auffinden können, von denen 4 die Vulva betreffen.

564. ***Ueber die Wirkung des cantharidinsauren Natriums bei schlaffen, schlecht granulirenden Brandwunden.*** *Von Prof.* **R. Demme.** *(Klin. Mitth. aus dem Gebiete der Kinderhk. Bern 1892. — Therap. Monatsh. 1892. 2.)*

Bei einem 7jährigen Knaben, welcher sich durch Anbrennen seiner Kleider eine über den ganzen Oberschenkel, das Knie und die Vorderfläche des Unterschenkels der linken Seite sich erstreckende Verbrennung meist zweiten Grades zugezogen hatte, blieb nach monatelanger, medicamentöser Behandlung, sowie nach zahlreichen Hauttransplantationen schliesslich eine Reihe grösserer Granulationsinseln mit schlaffem, torpidem Charakter zurück. In Zwischenräumen von drei bis vier Tagen wurden dem Kinde nun fünf Injectionen von jedesmal $^1/_4$ Dcgrm. cantharidinsaurem Natrium subcutan an den gesunden Körperstellen gemacht, innerhalb der sechs bis acht auf die Einspritzung folgenden Stunden zeigten die Granulationen eine lebhaftere Röthe und reichlichere Durchfeuchtung (durch seröse Exsudation). Der Heilvorgang nahm unter dieser Behandlung wieder ein lebhafteres Tempo an und nach drei bis vier Wochen war vollständige Vernarbung eingetreten. Bei einem 6jährigen Mädchen, welches sich durch Petroleum eine Verbrennung eines Unterarmes zugezogen hatte, deren Ausheilung sich sehr lange hinzog, konnte Verf. eine gleich günstige Wirkung der Injectionen beobachten.

565. ***Plumbum causticum in der Behandlung der spitzen Condylome.*** *Von* **L. C. Tschernomordik.** *(Russk. Med. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 8.)*

Seit 1888 verwendet Verf. das von *Rockhart* empfohlene Plumbum causticum bei der Behandlung der spitzen Condylome mit gutem Erfolge. Es wird verschrieben:

Rp. *Plumbi oxydati 0·25,*
Sol. Kali caustici 33%, 7·5.
S. Aeusserlich; vor dem Gebrauche umzuschütteln.

Das Mittel ist schmerzlos und führt meist schon nach einer einzigen Sitzung sicher zum Ziele. Die Anwendung geschieht in folgender Weise: Nach sorgfältiger Reinigung des Operationsgebietes mit irgend einem Desinficiens wird das abgetrocknete Condylom mit einem um ein Stäbchen gewickelten und in die genannte Flüssigkeit getauchten Wattebäuschchen betupft. Die Aetzung des umgebenden gesunden Gewebes muss nach Möglichkeit vermieden werden. Fünf Minuten nach erfolgter Touchirung werden die Condylome schwarz und verwandeln sich nach und nach in eine formlose schleimige Masse, welche man mit trockener Watte leicht entfernen kann. In den meisten Fällen genügt, wie bereits angegeben, eine einzige Sitzung; je nach der Menge und Grösse der Condylome und deren Lage muss man jedoch mitunter noch 2—3mal touchiren. Es empfiehlt sich, von einer Sitzung zur anderen 2—3 Tage verstreichen zu lassen. Die Kranken müssen unmittelbar nach der Behandlung einige Stunden liegend ausruhen. Die nach Beseitigung der Condylome zurückbleibenden Wunden werden, wie gewöhnlich, mit Jodoform behandelt. Die ganze Behandlung bis zur vollständigen Vernarbung dauert je nach dem Falle 3—10 Tage.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

566. ***Ueber die Bedeutung des Pancreas für die Entstehung des Diabetes.*** *Von **H. F. Tylden.** Verhandlungen der Medical and chirurgical Society zu London vom 26. Januar 1892. (Allg. med. Central-Ztg. 1892. 17.)*

Die Arbeiten von *Lépine* in Lyon und seiner Schüler haben bis jetzt, wie *Tylden* nachzuweisen versucht, noch keineswegs genügenden Aufschluss über die Pathogenese des Diabetes gebracht. Einerseits ist es nicht überraschend, dass, wie alle Fermente sich bei den zur Kachexie führenden Krankheiten im Blute quantitativ vermindert finden, auch das glycolytische Ferment demselben Gesetze folgt. Es geht aus gewissen klinischen Thatsachen hervor, dass der Diabetes vielmehr von einer Ueberproduction des Zuckers, als von einer ungenügenden Zersetzung desselben abhängt. Wenn neuere Untersuchungen gezeigt haben, dass die Abtragung des Pancreas unmittelbar Diabetes erzeugt, so steht andererseits fest, dass weder eine partielle Abtragung dieses Organs, noch reizende Injectionen in den Canalis Wirsungianus, noch die Unterbindung der Pancreasgefässe eine dauernde Glycosurie herbeiführen, man beobachtet vielmehr nach diesen Experimenten vermehrte Stickstoffausscheidung, Polyurie und Abmagerung. Die Glycosurie ist daher wahrscheinlich durch irgend welche accidentelle, während der Operation auftretende Verletzungen, nicht aber durch die Abtragung der Bauchspeicheldrüse selbst bedingt. Die anatomischen Läsionen des Pancreas bei Diabetikern sind übrigens nicht constant. Die Untersuchung von 50 Pancreasdrüsen hat ergeben, dass es 2 Arten von Cirrhose dieses Organs gibt: die eine, die interlobuläre Form, findet sich bei den atrophischen Bauchspeicheldrüsen; die andere, intralobuläre (intercelluläre) Form ist in der Regel nicht mit Atrophie des Organs vergesellschaftet. Die letztere Form ist besonders häufig bei Morbus Brightii. Die pathologischen Veränderungen des Pancreas als solche genügen also nicht, um eine Glycosurie zu bedingen. In Uebereinstimmung hiermit stehen auch die klinischen Erfahrungen.

567. ***Eine Reaction auf Traubenzucker.*** *Von Prof. **O. Rosenbach,** Breslau. (Centralbl. f. klin. Med. 1892. 13.)*

Gelegentlich einer Untersuchung über das Verhalten des Urins von Gesunden und Kranken gegenüber dem *Weyl*'schen Reagens hat Verf. gefunden, dass Nitroprussidnatrium eine nicht unempfindliche Reaction auf reducirende Substanzen von der Beschaffenheit des Traubenzuckers ermöglicht, und glaubt deshalb, dass der genannte Stoff wohl verdient, in der Reihe der Agentien, die in deutlicher Weise den Nachweis des Traubenzuckers im Harn gestatten, aufgeführt zu werden. Mit einer Lösung von Traubenzucker (oder Milchzucker) hat Verf. die Probe so angestellt, dass er dieselbe mit einigen Tropfen Natronlauge und einigen Tropfen kalt gesättigter Nitroprussidnatriumlösung versetzte und kochte. Dann entsteht je nach der Concentration der Zuckerlösung, schneller oder langsamer, eine tiefbraunrothe oder orangerothe Färbung, die selbst bei $^1/_{10}$%

Zucker noch deutlich ist und dann ein dunkles Gelb mit einem starken Stich in's Rothe zeigt. Es handelt sich hierbei nicht um ein Product der *Heller*'schen Probe; denn kocht man die Flüssigkeit nach dem Zusatz des Alkali, bis das Maximum der dadurch hervorgerufenen Gelbfärbung erzielt ist und fügt dann Nitroprussidnatrium zu der bereits gebräunten oder dunkelgelb gewordenen Lösung hinzu, so tritt nun eine Farbenveränderung auf, die hauptsächlich durch die Entstehung eines tiefen Roth oder Orangeroth bedingt ist. Man kann demnach die Probe auch so anstellen, dass man zuerst die *Heller*'sche Probe, aber mit nur wenigen Tropfen des Alkali, macht, um dann, wenn sie fraglich oder positiv ausfällt, durch den Zusatz von Nitroprussidnatrium einen neuen, sicheren Beweis dafür, dass Zucker vorhanden ist, zu erbringen. — Dieselben Farbenveränderungen wie eine wässerige Zuckerlösung, zeigt der zuckerhältige Urin; nur ist natürlich zu beachten, dass die Rothfärbung, welche beim Zusatz der Nitroprussidnatriumlösung zum alkalisch gemachten Urin sofort auftritt, nicht etwa für die beschriebene Zuckerreaction gehalten werde. Zuckerhältige Harne, resp. Flüssigkeiten, bei denen die geschilderte Probe die schöne rothbraune, für Glycose charakteristische Verfärbung zeigt, ergeben nach dem Ansäuern der braunrothen Flüssigkeit nicht wie die zuckerfreien, also sich beim Kochen nur gelb färbenden Lösungen, eine schmutzig grüne, sondern eine mehr oder weniger in's Lasurblaue spielende Farbe. Verf. glaubt nicht, dass die geschilderte Probe die gebräuchlichsten der bisherigen Reactionen an Schärfe übertrifft, aber es erscheint ihm doch vortheilhaft, in zweifelhaften Fällen möglichst vielseitige Prüfungen vorzunehmen. Uebrigens lässt sich die Probe wegen ihrer charakteristischen Farbenerscheinungen auch als colorimetrisches Verfahren zur quantitativen Bestimmung des Zuckergehaltes mit einer für die Bedürfnisse der Praxis genügenden Genauigkeit verwenden. Zu dem Zwecke bereitet man sich entweder eine $^1/_2$- oder 1%ige Zuckerlösung und vergleicht den zu prüfenden Urin nach voller Ausbildung der Färbung mit der bei Anstellung der Reaction in der Probelösung auftretenden Farbenveränderung, indem man bei stärkerem Zuckergehalte so lange mit Wasser verdünnt, bis der gleiche Grad der Färbung in beiden Reagensgläsern eintritt, worauf man aus dem Grade der Verdünnung nun die Stärke des Zuckergehaltes im Urin direct berechnen kann.

H. Levy, Breslau.

568. ***Ueber die Einwirkung von Tuberculin und anderen Bacterienextracten auf den Lymphstrom.*** *Von* **Gärtner** *und* **Römer.** *(Wien. klin. Wochenschr. 1892. 2. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 16.)*

Angeregt durch die Untersuchungen *Heidenhain's* über die Lymphabsonderung, haben es *Gärtner* und *Römer* unternommen, den Einfluss von Substanzen, die aus Bacterienculturen dargestellt sind, in ihrer Einwirkung auf den Lymphstrom einer eingehenden Prüfung zu unterziehen. Die Resultate ihrer Versuche waren folgende: Die als Bacterienextracte bezeichneten Flüssigkeiten bewirken eine sehr bedeutende Beschleunigung des Lymphstromes. Die in der Zeiteinheit ausfliessende Lymphmenge wurde im Maximum auf das 9fache gesteigert. Die Dauer der Wirkung ist nicht genau

bestimmbar; wurde der Lymphstrom in das Herz zurückgeleitet, so bestand noch nach 6 1/2 Stunden die Steigerung der Lymphabsonderung fort. Ob die aus verschiedenen Bacterienarten dargestellten Extracte gleich stark wirken, müsste durch eigens darauf gerichtete Versuche mit Lösungen von bestimmten Trockengehalten ermittelt werden. Die unter dem Einfluss der Extracte abgesonderte Lymphe war reicher an Trockensubstanz als die vor der Injection abgesonderte. Auf das Blut hatte die Einspritzung insofern einen Einfluss, als die Zahl der rothen Blutkörperchen im Cubikmillimeter wesentlich zunahm, der Wassergehalt des Blutes also vermindert wurde. Nach der Injection zeigte sich jedesmal eine Zunahme der Gerinnbarkeit der Lymphe, während bei *Heidenhain* das Gegentheil der Fall war. Zwei Versuche mit subcutaner Injection von Tuberculin-, resp. Pyocyaneusextract ergaben in Bezug auf die Menge der Lymphe ein negatives Resultat. Im zweiten Falle zeigte sich aber eine auffallende Vermehrung der Lymphkörperchen und der Gerinnbarkeit der Lymphe. Im Gegensatz zu der Wirkung der Bacterienextracte hatte eine aus gekochten Stoffwechselproducten bestehende Flüssigkeit keine oder eine kaum merkbare Beschleunigung der Lymphabsonderung zur Folge.

569. ***Zur Lehre von der Hautresorption.*** *Von Dr.* **Rud. Winternitz.** *(Arch. f. experim. Path. u. Pharm. XXVIII. 5 u. 6. — Schmidt's Jahrb. 1892. 2.)*

Winternitz untersuchte zunächst an einer glatt geschorenen Hautstelle des Kaninchens, ob und wie rasch Stoffe (Strychnin z. B.) aus Lösungen in Chloroform, Aether und Alkohol durch die unversehrte Haut zur Aufnahme gelangen. Als wichtigste Bedingung für die Resorption ergab sich die Benetzbarkeit der Haut, welche am energischesten durch Lösung des Hautfettes mittelst Chloroform bewerkstelligt wurde, weniger gut durch Aether und noch ungenügender durch Alkohol. Die Fähigkeit der Kaninchenhaut, aus wässeriger und öliger Lösung ein Alkaloid als solches oder als Salz zu resorbiren, ist dagegen äusserst beschränkt. Bei den Versuchen an der menschlichen Haut mit Chlorlithium, Cocain und Atropin fand die Aufnahme dieser Stoffe aus chloroformiger, ätherischer und alkoholischer Lösung nur sehr langsam, in geringen Mengen und nach bedeutender Applicationszeit statt; es wäre ein Irrthum, zu glauben, die Resorption hinge etwa von einer Reizwirkung dieser Lösungsmittel ab; im Gegentheil war bei künstlich durch Monobromoessigsäure bewirkter Entzündung der Kaninchenhaut die Resorptionsfähigkeit (für Strychnin) völlig aufgehoben.

570. ***Ueber Leukolyse und Lymphbildung.*** *Von Prof.* **M. Löwit.** *(Centralbl. f. klin. Med. 1892. 9.)*

Zahlreiche verschiedenartige Substanzen können, so weit bis jetzt beurtheilt werden kann, in dem von *Heidenhain* angegebenen Sinne als Lymphagoga bezeichnet werden. Ausser den von *Heidenhain, Buchner, Römer, Horbaczewski, Gärtner* und *Römer* angeführten Substanzen, von denen *Löwit* allerdings noch nicht sämmtliche nach der angegebenen Richtung hin untersuchen konnte, gehören hierher noch eine Reihe anderer, unter denen sich auch echte Alkaloide befinden. Ein gemeinsames Moment in der Wirkung aller dieser

Substanzen fand sich darin, dass dieselben, unmittelbar nachdem sie in die Blutbahn eingeführt wurden, zu einer hochgradigen Verarmung des Blutes an Leukocyten führen, die als eine wahre Vernichtung, Auflösung derselben aufgefasst werden kann, ein Vorgang, den *Löwit* als Leukolyse zu bezeichnen vorschlägt. Die rothen Blutkörperchen werden von diesen Substanzen nicht wesentlich afficirt. Es liegt nun die Vermuthung nahe, dass die Leukolyse ein wesentliches Moment für die vermehrte Lymphbildung (Lymphsecretion) darstellt. Der Beweisführung für diese Auffassung stellen sich zahlreiche Schwierigkeiten entgegen. Die Leukolyse wird durch ein vermehrtes Einströmen von Lymphzellen aus den Blutzellen bildenden Organen in das Blut, das sehr bald nach Eintritt der Leukolyse beginnt, wieder ausgeglichen, ja es kommt sogar auf diese Weise zu einer starken Vermehrung der Leukocyten im strömenden Blute (Leukocytose), die einige Zeit anhält und dann wieder verschwindet. Durch passende Einrichtung der Versuche kann man hochgradige, längere Zeit andauernde Leukocytose, niemals aber Leukämie bei den Thieren erzeugen, wie dies bereits *Buchner* und *Römer* beobachtet haben. Die Frage der „chemotactischen" Einwirkung gewisser Substanzen auf die Leukocyten wird auf Grund der Untersuchungen *Löwit's* eine andere Deutung zu erfahren haben. Die Versuche wurden vorwiegend an Kaninchen durchgeführt.

571. ***Die Chromsäure als Reagens auf Eiweiss und Gallenfarbstoff.*** *Von Prof.* ***O. Rosenbach.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 17.)*

Nach Verf. ist eine Chromsäurelösung ein äusserst feines Reagens auf Eiweiss, mit welchem selbst minimale Mengen von Albumen im Harn nachweisbar sind. Selbst bei verhältnissmässig geringem Albuminatgehalt fällt Eiweiss in Flocken, die mehr weniger deulich gelb gefärbt sind und bildet verhältnissmässig einen Niederschlag am Boden des Reagensglases Wenige Tropfen einer 5procentigen Chromsäurelösung genügen zum Nachweise bei schwach sauren Urinen; in manchen Fällen ist es vortheilhaft, das Reagens, das auch in geringster Concentration wirksam ist, tropfenweise so lange zuzusetzen, bis alles Eiweiss ausgefällt ist. Urine, die beim Kochen einen Phosphatniederschlag zeigen, werden bei Zusatz der Chromsäurelösung klar und lassen, falls ausserdem noch Eiweiss vorhanden ist, sofort den charakteristischen Niederschlag von flockigem Albumen fallen. Es scheint überhaupt nicht nöthig, wenn man sich der Chromsäure bedient, den Urin vorher zu kochen, da trotz der grossen Anzahl der untersuchten Urine ein Uratniederschlag, wie bei Anwendung von Salpetersäure, nie zur Beobachtung gelangte. Eine Bildung von löslichem Acidalbumin tritt bei Anwendung der Chromsäure nicht ein. Aber auch zum Nachweise des Gallenfarbstoffes empfiehlt sich eine Chromsäurelösung von etwa 5procentiger Concentration. Setzt man zu gallenfarbstoffhaltigem Harn (selbst bei starker, künstlicher Verdünnung) vorsichtig unter Umschütteln die Säure, so färbt sich die Lösung immer schöner grün, bis das Maximum der Färbung, das sehr lange in voller Intensität anhält, erreicht ist. Fährt man mit dem Zusatze der Säure fort, so färbt sich die Flüssigkeit schliesslich

braunroth. Je stärker der Gallenfarbstoffgehalt des Urins ist, desto vorsichtiger sei man mit dem Zusatze der Säure und warte stets einige Augenblicke, bevor man wieder einen Tropfen des Reagens zusetzt. Die Chromsäure hat vor der rauchenden Salpetersäure den Vortheil, dass sie keine anderen Farbenveränderungen (blau, roth etc.), die das Resultat so häufig trüben, liefert. Auch in der vom Verf. angegebenen Modification der Gallenfarbstoffe — Aufträufeln des Reagens auf das gelb gefärbte Filtrirpapier, durch das man eine Quantität des icterischen Harns filtrirt hat — liefert die Chromsäure einen grünen Farbenton von sehr schöner Sättigung.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

572. ***Arbeitsparese.*** *Von* ***F. Schäfer.*** *Dissertation. Berlin 1890. (Deutsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. Bd. XXXIII. 1891.)*

Verf. beschreibt eine Reihe von Fällen der Arbeitsparese, welche in der Poliklinik *Mendel's* beobachtet wurden, so diejenige eines Hutmachers, eines Kunstdrechslers, eines Zeitungsfalzers, eines Steindruckers, eines Musikers (Flötisten), eines Bauarbeiters, der mit der Kalkhacke und dem Spaten thätig gewesen war, eines Schriftsetzers, eines Schlossers, gibt dann eine Uebersicht über die bisher beobachteten Arten von Arbeitsparese und versucht schliesslich eine Eintheilung dieser Krankheiten. Nach Verf. kann der krankhafte Einfluss mechanischer, aus der Beschäftigung resultirender Schädlichkeiten zu Tage treten: *a)* Im Gebiete der Motilität, *b)* im Gebiete der Sensibilität. Im ersteren Falle zeigt sich das Leiden als Beschäftigungskrampf oder als Beschäftigungszittern oder wirkliche Parese oder als Ataxie. Im Gebiete der Sensibilität kann das Leiden sich äussern als Parästhesie (Kriebeln, Gefühl von Pelzigsein, Absterben), als Hyperästhesie, als Anästhesie (Wäscherinnen), als Schmerz und als Neuralgie. *E. Levy.*

573. ***Ein Beitrag zur Sterilisationsfrage der Kindermilch.*** *Von* ***Emil Feer.*** *Mittheilungen aus dem Baseler Kinderspitale. (Jahrb. f. Kinderhk. Bd. XXXIII. 1, 2. — Therap. Monatsh. April 1892.)*

Die künstliche Ernährung der Säuglinge hat in den letzten Jahrzehnten grosse Wandlungen erfahren. Zur Zeit stehen wir, nachdem die chemische und physiologische Phase durchlaufen ist, ganz in der bacteriologischen Periode und es wird jetzt der Hauptwerth auf die Sterilisation der Milch gelegt. Die hierfür angegebenen Apparate, soweit sie die Milchsterilisation im Kleinen betreffen, lassen sich eintheilen in drei Hauptgruppen: 1. Einfache Milchkocher zum Kochen der Milch auf offenem Feuer mit Circulationsvorrichtung, um das Ueberkochen zu verhindern. Die meisten derselben bestehen aus einem weiten Steigrohre und kleineren Rückflussöffnungen (z. B. Apparate von *Soltmann, Städler, Oettli*), nur *Berthez* benutzt eine schräg in dem Topfe liegende, elliptische Blechplatte, der Wand genau anpassend, welche unten drei Einkerbungen und oben einen halbkreisförmigen Ausschnitt besitzt, durch welche die Circulation stattfindet. Die Milch, welche durchschnittlich 25 Minuten zum Sieden braucht, wird in diesen Apparaten 30 Minuten kochen gelassen. Der Wasserverlust ist ein ziemlich erheblicher (circa 30%),

die Apparate sind bis auf den von *Berthez* schwer zu reinigen. Während 30 Minuten gekochte Milch hält sich 24—36 Stunden völlig gut. II. Flaschenapparate zum Kochen der Milch in Saugflaschen, entweder im Wasserbade (z. B. *Soxhlet, Egli, Eisenberg, Escherich, Israel*) oder Dampfbade (*Schmidt*, Mühlheim). Diese Apparate sind sämmtlich ziemlich complicirt, mit theilweise erheblichem Flüssigkeitsverlust verbunden, bei geringem Wasserverlust (1—2%) geben sie nach 30 Minuten langem Kochen eine wochenlang haltbare Milch, am besten erscheinen der von *Schmidt* (Mühlheim) und der neue von *Soxhlet* mit verbessertem Verschluss. III. Zapfapparate. Die Milch wird hier in den Kochgefässen (Wasserbad: *Escherich*, offenes Feuer: *Hippins*) aufbewahrt und die jeweilige Nahrungsmenge daraus direct durch einen Hahn in die Saugflasche gelassen. Der Wasserverlust ist hierbei ein geringer (1/2—3%), die Milch hält sich mehrere Tage lang wohlschmeckend. Der Verf. untersuchte nun den Keimgehalt der in diesen verschiedenen Apparaten gekochten Milch und fand zunächst denselben nach halbstündigem Kochen als so gering, dass er für die Säuglingsernährung nicht mehr schädlich ist, besonders beim Gebrauche des allen anderen überlegenen *Schmidt*'schen „Triumph-Milchkochers". Auf so sterilisirte Milch ist die Luftinfection von keiner Bedeutung, denn der Keimgehalt in offen hingestellten, hiermit gefüllten Gläschen nahm nach 24stündigem Stehen nur unerheblich zu. Es beweist dies, dass die Luftinfection von verschwindendem Einflusse ist gegenüber der Contactinfection beim Melken und in den Melkgefässen. Es muss daher auf die Stallhygiene das Hauptaugenmerk gerichtet werden, wie es bereits in Schweden und Norwegen geschieht.

574. ***Eine neue Fälschungsart der Kaffeebohnen.*** *Von **Van Hamel Roos**. (Rev. internat. de falsific. Bd. IV. — Hygien. Rundschau. 1892. 1.)*

Verf. erhielt Kaffeebohnen zur Untersuchung, welche, eine etwas dunkle Färbung ausgenommen, wie echte Kaffeebohnen aussahen. Die Untersuchung ergab, dass diese Bohnen im Allgemeinen die Zusammensetzung des Kaffees zeigten, sich aber im Fettgehalte wesentlich unterschieden. Sie enthielten nämlich kaum 1% Fett, während Kaffee 13—14% enthält. Es stellte sich heraus, dass geröstete Kaffeebohnen zuvörderst für die Fabrikation von Kaffee-extract ausgezogen worden waren und dann dieselben Bohnen zum zweiten Male geröstet (woher die dunkle Färbung kommt) und mit Hilfe von ein wenig Zucker mit den echten Kaffeebohnen eigenthümlichem Glanze versehen worden waren. Verf. warnt vor diesem minderwerthigen Product, welches dem echten Kaffee ausserordentlich ähnelt und statt letzterem vielfach zum Verkauf kommt.

575. ***Zur Prostitutionsfrage.*** *Von Dr. **A. Blaschko**. Vortr., gehalten in der Berliner med. Gesellschaft am 30. März 1892. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 18.)*

Der Vortr. sucht aus der Statistik zu beweisen, dass die Ansteckungsgefahr in den Bordellen nicht geringer, ja vielleicht grösser ist, als bei den nicht casernirten, aber controlirten Prostituirten. Er bringt als Beweis, dass in Berlin seit Aufhebung der Bordelle im Jahre 1856 die venerischen Erkrankungen stetig und ganz beträchtlich abgenommen haben. Verf. gelangt zu fol-

genden Thesen, die er der Discussion anheimstellt: 1. Zwangsweise Casernirung der Prostitution ist vom hygienischen Standpunkte aus zu verwerfen; facultative Bordelle sind für die Syphilisprophylaxe belanglos. 2. Die sittenpolizeiliche Ueberwachung der Prostitution ist in eine rein sanitätspolizeiliche umzuwandeln. 3. Diese Ueberwachung kann sich nur auf die wirklich gewerbsmässig betriebene Prostitution beschränken. Die Angaben über Ausbreitung und Gefährlichkeit der sogenannten geheimen Prostitution sind übertrieben. 4. Die Untersuchungen der Prostituirten sind mindestens zweimal wöchentlich auszuführen; für jede Untersuchung muss ein Zeitraum von mindestens 3 Minuten gewährt sein. 5. Die Untersuchungen sind in die Krankenhäuser zu verlegen; in den Polizeigebäuden hat nur die Untersuchung der Sistirten stattzufinden. 6. Mit der Untersuchung ist eine unentgeltliche ambulante Behandlung zu verbinden für die Fälle, welche einer Hospitalbehandlung nicht bedürfen, insbesondere die Nachbehandlung der aus den Krankenhäusern Entlassenen. 7. Es ist für eine ausreichende Hospitalbehandlung der venerischen Prostituirten Sorge zu tragen. 8. Die sanitäre Ueberwachung der Prostitution ist allein nicht im Stande, die venerischen Krankheiten wirksam zu bekämpfen, mit derselben ist zu verbinden: *a)* der Fortfall aller gesetzlichen und aussergesetzlichen Beschränkungen zu Ungunsten der Geschlechtskranken — wie sie z. B. in dem Krankencassengesetz, der Gesindeordnung, der Seemannsordnung, in den Statuten von Privatkrankencassen etc. zur Zeit noch bestehen. *b)* Die Gleichstellung der venerisch Kranken mit allen übrigen Kranken bezüglich der Aufnahme, Verpflegung und Behandlung in den Hospitälern — Fortfall aller nicht durch sanitäre Rücksichten gebotenen Beschränkungen. *c)* Vermehrung der für Geschlechtskranke bestimmten Bettenzahl, sowie Schaffung von öffentlichen Ambulatorien in Verbindung mit den Krankenhäusern und unentgeltliche Behandlung und Arzneiabgabe für Venerische. *d)* Aufklärung namentlich der heranwachsenden Bevölkerung über Natur, Gefahren und Verbreitungsweise der Geschlechtskrankheiten — am besten im Anschlusse an bestehende Institutionen, wie Krankencassen, militärische Instructionen etc.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

576. ***Studien über den anatomischen Charakter und die Behandlung von Verletzungen des Rückenmarkes durch Feuerwaffen, mit drei Eigenbeobachtungen über Wirbelsäule-Trepanationen.***

*Von Dr. **E. Vincent,** Chirurg des Civilhospitales und Professor an der med. Schule von Algier.*

(Revue de Chirurgie. 1892. 2.)

*Referirt von Dr. **Baaz** in Graz.*

Verletzungen des Rückenmarkes sind zwar stets sehr schwer, aber nicht immer tödtlich. Mitunter heilen sie spontan, mitunter sind sie durch geeignete chirurgische Behandlung heilbar. Vom

pathologisch-anatomischen Standpunkte aus unterscheidet *Vincent* drei Arten von Verletzungen des Rückenmarkes: 1. Einfache Compression des Rückenmarkes entweder durch einen Blutaustritt oder durch einen Knochensplitter oder durch das Projectil selbst. 2. Fälle, bei welchen das Geschoss bei seinem Durchtritte durch den Wirbelcanal nervöse Störungen hervorgerufen hat, ohne dass es im Canale selbst sitzen geblieben ist. 3. Endlich Fälle, bei welchen die Kugel selbst im Wirbelcanale stecken geblieben ist. Nach diesen verschiedenen Arten von Verletzungen muss sich auch die chirurgische Intervention richten. Vorerst muss man sich aber hierbei fragen, ob ein chirurgischer Eingriff auch gerechtfertigt ist. Es wurden ja sehr kühne Operationsmethoden erörtert, um die Compressionserscheinungen des Rückenmarkes zu beseitigen. *Vincent* versucht dieselben als gerechtfertigt hinzustellen. Er hat 33 Beobachtungen von Schussverletzungen des Rückenmarkes zusammengestellt. Eilf von den Verletzten haben diese Blessur überlebt (66 Procent), jedoch nur drei davon sind vollkommen hergestellt worden, alle anderen haben Muskelparalysen und Anästhesien behalten. In den 33 Fällen wurde 8mal operativ eingegriffen und hatte dabei 3 Todesfälle, in den anderen Fällen beschränkte man sich auf eine exspectative Behandlung und hatte 6 Heilungen und 19 Todesfälle zu verzeichnen. Es sprechen daher die Zahlen für die chirurgischen Eingriffe.

Aber es entsteht die Frage, ob man in allen Fällen eingreifen soll. Handelt es sich um eine einfache Compression des Rückenmarkes durch ein Blutextravasat, durch einen Knochensplitter oder das Geschoss, so ist der Eingriff sicher nothwendig. *Vincent* hat selbst einen Fall gesehen, wo ein junger Mann einen Revolverschuss in die Lendengegend erhalten hatte. Er hatte heftige Schmerzen, Parese der unteren Extremitäten, Schwierigkeiten bei der Harnentleerung. Man dachte an eine Rückenmarkscompression und trepanirte in der Höhe des 1. Lendenwirbels, wobei man Knochensplitter und das Geschoss selbst entfernte. Die Erscheinungen selbst dauerten zwar in Folge einer Meningomyelitis consecutiva noch einige Zeit an, aber der Mann wurde vollkommen geheilt. *Vincent* macht auf die Schwierigkeiten in der Diagnose der Rückenmarkscompression aufmerksam, ist aber der Anschauung, dass es doch auch in zweifelhaften Fällen gerathen sei, zu operiren. In den Fällen, wo das Rückenmark durch das in den Wirbelcanal eindringende Geschoss getroffen wurde, ist die Intervention schon fraglicher. Man muss sich vorerst ganz klar sein, ob das Hals-, das Rücken- oder Lendenmark getroffen ist. Bei Cervicalläsionen wird man wegen der Narcose Bedenken haben müssen, da ja die Respiration in diesen Fällen nur durch den Nerv. phrenicus aufrecht erhalten wird. Aber auch bei Verletzungen des Brust- und Lendenmarkes wird man die Eingriffe als bedenklich erachten müssen, da es sicher ist, dass selbst ganz kleine Geschosse im Durchmesser von 4—6 Mm. nicht blos einfache Compressionen des Markes, sondern auch unheilbare Störungen erzeugen. Nichtsdestoweniger ist *Vincent* für die Operation, weil durch die mögliche Entfernung der Kugel auch deren längere Einwirkung auf das Rückenmark behoben wird und die Operation unter anti-

septischen Cautelen selbst keine Gefahr bringe. Er hat selbst in zwei solchen Fällen operirt. In dem einen Falle, wo es sich um eine Schussverletzung des Rückenmarkes durch eine Revolverkugel handelte und in Folge dessen eine vollständige Lähmung der Sensibilität und Motilität der unteren Extremitäten aufgetreten war, machte *Vincent* die Trepanation; es gelang ihm, das im Wirbelcanale sitzende Geschoss zu entfernen. In Folge dessen trat auch eine Besserung der Sensibilität und Motilität ein, welche zu guten Hoffnungen berechtigte. Allein der Kranke verliess über seinen und seiner Eltern Wunsch 4 Tage nach der Operation das Hospital und wurde in seine Behausung gebracht. Dort blieb er ohne alle Wartung und Pflege und starb 4 Tage nach dem Austritt aus dem Hospital. Die Section ergab eine Zertrümmerung einer Rückenmarkspartie durch das Geschoss mit consecutiver Eiterung. Im zweiten Falle, bei dem es sich ebenfalls um einen Revolverschuss in den Rücken handelte und die Symptome ähnlich den vorigen waren, gelang es *Vincent* ebenfalls, durch die Trepanation zum Sitze der Kugel zu gelangen und dieselbe sammt mehreren Knochensplittern zu entfernen. Nach vorübergehender Besserung aller Symptome starb der Operirte nach 94 Tagen an Myelitis.

Vincent fasst das Ergebniss seiner Studien über dieses Thema in folgende Sätze zusammen: 1. Die Verletzungen des Rückenmarkes durch Schusswaffen sind sehr schwer, aber sie sind nicht tödtlich und es ist die Annahme berechtigt, dass durch chirurgischen Eingriff hier und da eine Rettung der Verletzten möglich ist. 2. Welcher Natur immer auch die Verletzung des Rückenmarkes sei, es sei denn, dass nicht gleichzeitig gefährliche Verletzungen der Eingeweide, der Bauch- oder Brustorgane bestehen und dass der Schuss die hinteren oder seitlichen Partien des Rhachis an einem zugänglichen Orte getroffen hat, ist eine schnelle Untersuchung des Schusscanales bis zum Wirbelbogen und eine genaue Klarstellung der erzeugten Störungen nöthig; man muss den fremden Körper, der das Rückenmark zu reizen und zu pressen im Stande ist, zu entfernen suchen und darf zu dem Ende im Falle der Nothwendigkeit auch mit der Eröffnung des Wirbelcanals durch Trepanation nicht zaudern. Diese Operation, mitunter von Vortheil, auch unnütz, ist aber, antiseptisch ausgeführt, ohne Gefahr.

Literatur.

577. ***Ungarisches Archiv für Medicin.*** *Unter Mitwirkung von Fachmännern redigirt von den DDr.* ***Arpad Bókai, Ferdinand Klug, Otto Pertik****, Professoren an der Universität Budapest. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1892. Heft 1 u. 2.*

Der Zweck des vorliegenden Archivs besteht darin, den aus den Laboratorien und Kliniken Ungarns zahlreich hervorgehenden wissenschaftlichen Arbeiten, welche, als in ungarischer Sprache geschrieben, nur Wenigen zugänglich waren, ihren Platz in der medicinischen Weltliteratur zu sichern. Es werden nun demgemäss die Errungenschaften auf dem Gebiete der medicinischen Forschung in Ungarn in diesem

„Archiv“ je nach Wunsch des Autors in deutscher oder französischer Sprache der wissenschaftlichen Welt vorgelegt. In den vorliegenden beiden Heften ist von 14 Originalarbeiten nur eine in französischer Sprache veröffentlicht. Ausser den Originalmittheilungen enthält das Archiv auch Autoreferate in anderen ungarischen Zeitschriften erschienener Arbeiten. Die in den beiden bisher erschienenen Heften des Archivs enthaltenen Originalmittheilungen und Referate zeugen nicht nur für die Berechtigung zur Herausgabe desselben von Seite der ungarischen Fachmänner, sie sind auch eine sichere Gewähr dafür, dass bei dem innigen Wechselverkehr der medicinischen Gelehrtenwelt die Arbeiten der ungarischen Forscher volle Würdigung finden und unsere medicinischen Kenntnisse erweiternd und bereichernd wirken werden. *A.*

578. ***Lehrbuch der Chemie für Mediciner unter Zugrundelegung des Arzneibuches für das Deutsche Reich.*** *Von Dr.* **Bernhard Fischer,** *Director des chemischen Untersuchungsamtes Breslau. Mit 46 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.*

Das vorliegende Lehrbuch verfolgt den Zweck, den Medicinern den heutigen Stand der Chemie in einfacher leichtfasslicher Form darzustellen. Aus dem grossen Lehrstoff der Chemie ist zunächst dasjenige hervorgehoben, was der Mediciner zum Verständniss der Physiologie, Pharmakologie und zur Anwendung der Prüfungsvorschriften des Arzneibuches, sowie einfacher chemisch-hygienischer Untersuchungen bedarf. Selbstverständlich sind die als Arzneimittel gebräuchlichen chemischen Substanzen besonders berücksichtigt und ist bei allen in Kürze angegeben, warum sie Anwendung finden. Dabei hat Verf. auch Gelegenheit gefunden, die Maximaldosen einzuflechten und Bemerkungen einzufügen über die bei Receptverschreibungen zu befolgenden Regeln. Besondere Beachtung verdienen auch die Angaben über die Arzneien, die nicht zusammen verordnet werden dürfen. Durch grösseren Druck ist das vorliegende Lehrbuch sammt ausführlichem Register auf 646 Seiten angewachsen, jedoch muss man anerkennen, dass sich ein Lehrbuch der Chemie für Mediciner, wenn es den Anforderungen vollkommen entsprechen soll, wohl nicht kürzer fassen lässt. Das Werk wird bei den Medicinern und Aerzten gewiss bald die ihm gebührende Verbreitung finden. *—r.*

579. ***Die typischen Operationen und ihre Uebung an der Leiche. Compendium der chirurgischen Operationslehre*** *mit besonderer Berücksichtigung der topographischen Anatomie, sowie der Bedürfnisse des praktischen und Feldarztes. Von Dr.* **Emil Rotter,** *k. Stabs- und praktischer Arzt. 3. Auflage. Mit 110 Abbildungen. München, 1892, Verlag von J. F. Lehmann.*

Das Compendium der chirurgischen Operationslehre vom Verf. hat sich, wie das rasche Erscheinen der Auflagen zeigt, in kurzer Zeit die Gunst aller Jener erworben, denen es gewidmet ist. Der Verf. stellte sich zur Aufgabe, gedrängte Darstellung und Vollständigkeit des Inhaltes möglichst zu verbinden; jeder chirurgische Eingriff wird genauest auf die regionäre Anatomie basirt. Es soll unter Inspection und Palpation der Gegend die Topographie dem Chirurgen klar geworden sein, bevor er das Messer zur Operation anlegt. Daher ist der „Ausführung der Operation“ regelmässig eine Topographie vorausgeschickt, welche auch als Anleitung zum Präpariren der Gegend dienen kann. Ein besonderes Gewicht legt Verf. auf die Verwerthung der sicht- und fühlbaren Knochen-

vorsprünge, Muskelbäuche, Nervenstränge etc. als Wegweiser in die tieferen Schichten durch Vornahme exacter Inspection und Palpation, dann aber vor Allem auf die wo nur immer möglich gegebene Anatomie der Wunde. Der Gang jeder Operation, beziehungsweise deren anatomische Stadien sind gewöhnlich als klein gedruckte Ueberschrift in Kürze angegeben, um das Wesentliche der Operation mit einem Blicke übersehen zu können. Am Schlusse des Werkes ist in dieser Auflage auch das einschlägige Instrumentarium mit den bei den einzelnen Instrumenten üblich gewordenen Autorenbezeichnungen angefügt. Das vorliegende Compendium wird namentlich den Berufsmilitärärzten, sowie den der Landwehr angehörigen Civilärzten zur chirurgischen Fortbildung und auch dem Mediciner für die Vorbereitung zum Examen chirurgicum als sicherer Behelf dienen. —*m.*

580. ***Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bakteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden.*** *Von Dr.* **Rudolf v. Jaksch,** *o. ö. Professor der speciellen medicinischen Pathologie und Therapie, Vorstand der II. med. Klinik an der deutschen Universität in Prag. Mit 140 zum Theile farbigen Holzschnitten. III. vermehrte Auflage. XXXII u. 499 S. gr. 8⁰. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1892.*

Das vorliegende Werk, welches im Zeitraume von fünf Jahren in 3. Auflage erscheint, hat sich in kurzer Zeit in den Laboratorien der Kliniken und in allen Instituten, in denen die bacteriologische, chemische und mikroskopische Diagnostik als Hilfsmittel der wissenschaftlichen Forschung geübt wird, als unentbehrlicher Rathgeber eingebürgert. Doch auch die Studirenden der Medicin und die auf der Höhe der Wissenschaft wirkenden praktischen Aerzte bedienen sich desselben als sicheren Wegweiser auf dem Gebiete der Diagnostik. Bedarf das allgemein anerkannte Werk von *v. Jaksch* auch keiner neuerlichen Empfehlung mehr, so ist es uns doch Bedürfniss, hervorzuheben, dass *v. Jaksch* diejenige Eigenschaft seines Werkes, welche dessen hervorragende Brauchbarkeit bedingt — auf eigene Prüfung beruhende Auswahl der aufgenommenen Methoden — auch der vorliegenden 3. Auflage bewahrt hat. *v. Jaksch,* selbst als Forscher auf dem Gebiete der chemischen, mikroskopischen und bacteriologischen Diagnostik thätig, prüft selbst und mit Hilfe einer ansehnlichen Schülerzahl die zahlreichen neuen Untersuchungsmethoden der einschlägigen Gebiete und ist somit in der Lage, den Werth jener im Allgemeinen und unter besonderen Bedingungen zu beurtheilen und anzugeben. Hierin liegt ebensowohl der didactische Werth des Werkes als die Gewähr für die Verlässlichkeit desselben. *Loebisch.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

581. ***Ueber die schweren anämischen Zustände.*** *Referate, erstattet von Prof.* **Birch-Hirschfeld** *und von Prof.* **Ehrlich** *am Congress für innere Medicin in Leipzig 1892. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 18.)*

Das erste Referat erstattet *Birch-Hirschfeld:*

Biermer, welcher zuerst ausführlich über diese Zustände schrieb, hatte zwar Vorgänger, aber sein Verdienst ist es, zuerst die weiteren, besonders pathologisch-anatomischen Folgen dieser Zustände erkannt und

klargelegt zu haben. Die acuten Verblutungsanämien bleiben hier zunächst ausser Frage. Wir behandeln demnach die einfache secundäre Anämie, die Chlorose und die perniciöse Anämie. Die einfache secundäre Anämie, bedingt durch häufige Blutverluste und andere schwächende Momente, ist ihrer Ursache proportional. Die Chlorose ist eine einfache primäre Anämie. Bei ihr findet man eine geringe Veränderung in der Zahl der rothen Blutkörperchen und Verminderung des Hämoglobingehaltes. Vermehrter Eiweisszerfall ist hier nicht vorhanden. Bei der primären Anämie ist Zerfall im Blute und in den Geweben ausgesprochen. Es findet sich eine sehr weit gehende Verminderung der rothen Blutkörperchen, Detritus der Körperchen; auf der anderen Seite wieder krankhafte Neubildung kernhaltiger Elemente (kernhaltige Erythrocyten nach *Ehrlich*). Eine Verfettung der Gewebe ist hervorstehend. *Eichhorst* hat vermehrten Harnstoffgehalt des Urins nachgewiesen und die häufige Peptonurie bezeichnet ebenfalls Gewebszerfall. Zwei Fälle schwerster Chlorose wurden untersucht, ohne dass sich Peptonurie nachweisen liess, wogegen ein Fall perniciöser Anämie Peptonurie constant zeigte. *v. Noorden* konnte in einem Falle keinen vermehrten Harnstoffgehalt constatiren. Die Absonderung einer Gruppe der schweren Anämien als „wahre", d. h. solche ohne jede nachweisbare Ursache ist nicht angängig, da eine solche ätiologische Eintheilung intra vitam gar nicht möglich ist. Bei der Aetiologie ist zu berücksichtigen, dass selbst bei der einfachen secundären Anämie nicht die Grösse des Blutverlustes entscheidend ist, sondern meist ganz andere Dinge, oft sind nur kleine häufige Blutverluste nothwendig, um schwere Zustände zu erzeugen. Bei den parasitären Anämien scheinen toxische Producte wirksam zu sein. Wir sehen also in vielen Fällen ein ungenügendes ätiologisches Moment, während auf der anderen Seite so zu sagen kryptogenetische Fälle auftreten, ohne jeden ätiologischen Anhaltspunkt. Wir können also von secundären und primären Fällen eigentlich nicht reden. Ausser der in allen Fällen nachweisbaren schlechten Ernährung müssen noch andere Ursachen mitwirken, wie Wohnung, Klima etc. Während in Zürich z. B. viele Fälle vorkommen, ist München ganz immun. Bei der Frage nach der Natur der Krankheit kommen zunächst die Verhältnisse des Blutes in Betracht. Die Lebensgeschichte der rothen Blutkörperchen ist noch immer in Dunkel gehüllt; für ihre Regeneration scheint das Knochenmark von Bedeutung zu sein. Die Knochenmarkveränderungen, welche vielfach bei der perniciösen Anämie gefunden wurden, sind jedoch meist secundäre und müssen als compensatorische aufgefasst werden, obwohl einzelne Fälle bekannt sind, wo bösartige Veränderungen des Knochenmarkes zu perniciöser Anämie geführt haben. Milzbefunde sind bald vorhanden, bald nicht. Ueber die Leber ist noch fast nichts bekannt. Es ist somit kein Beweis für die constante Erkrankung irgend eines der blutbildenden Organe erbracht. Der Process beginnt daher vielleicht im Blute selbst, und besteht im Zerfalle dieses Gewebes. Die Leber enthält oft den zehnfachen Gehalt an Eisen, ebenso ist vermehrter Pigmentgehalt der Nieren und Leber nachgewiesen. Ein ausgedehnter Zerfall rother Blutkörperchen mit Pigmentablagerungen in vielen Organen ist daher eine unzweifelhafte Thatsache. *Bartels* hat 12 Fälle und *Birch-Hirschfeld* 2 Fälle beobachtet, welche mit Icterus einhergingen, welcher Icterus ebenfalls für einen Zerfall rother Blutkörperchen spricht; gerade in der Pfortader könnte dieser Zerfall ein rapider sein. Ein Umstand wird gewöhnlich in dem Krankheitsbilde der

perniciösen Anämie nicht genügend hervorgehoben, nämlich ein wässeriger Zustand des Blutes und mangelhafte Gerinnungsfähigkeit desselben, während bei Chlorose und secundären Anämien gerade der entgegengesetzte Zustand besteht und häufig zu Thrombosen Veranlassung wird, welche das Leben in Gefahr bringen. Die Blutplättchen sind, wie *Hayem* gezeigt hat, bei der perniciösen Anämie sehr vermindert oder fehlen selbst völlig. Vielleicht wirken fermentative Elemente primär im Blute und erzeugen hierdurch die Blutzersetzung; bei Fällen, welche im Puerperium auftreten, sind vielleicht fermentative Stoffe aus der Placenta wirksam.

In pathologischer Hinsicht gelten daher die folgenden Sätze: Die schweren anämischen Zustände sind charakterisirt durch Verminderung und Degeneration der rothen Blutkörperchen, verminderte Gerinnungsfähigkeit mit daran anschliessendem Gewebszerfalle. Wahrscheinlich sind die ätiologischen Momente zuerst im Blute wirksam. Als Veranlassung sind verschiedene Processe wirksam, welche zerstörend auf das Blutplasma und auf seine Gerinnungsfähigkeit einwirken. Deren Ursachen sind theils äussere toxische, theils innere fermentative Vorgänge, wobei ätiologische Momente sehr verschiedener Art zur Wirksamkeit kommen. In Betreff der Behandlung ist zu erwähnen, dass die Eisenbehandlung ganz erfolglos ist, während die Arsenbehandlung etwas günstigere Resultate aufzuweisen hat. Die Transfusion ist ein werthvolles palliatives Mittel, nur muss jede fermentative Einwirkung vermieden werden. Beachtung verdient die subcutane Transfusion. Diätetisch ist viel zu machen, doch herrscht noch über das meiste Therapeutische Dunkel.

Das zweite Referat erstattet Prof. *Ehrlich* (Berlin). Er geht sofort auf die Blutveränderungen ein. Die Untersuchungen sind nicht so schwierig, wie man oft annimmt. Die lufttrockenen Präparate sollen durch Hitze fixirt werden, doch kann auch Alkohol zur Fixirung verwandt werden, allein dies dauert länger. Sonst kann man in fünf Minuten ein völlig brauchbares Präparat erhalten. Die Poikilocyten sind keine heranwachsenden Blutscheiben, sondern Spaltungsproducte, daher nennt man sie besser Schistocyten; die abgespalteten Theile haben das Bestreben, wieder die Form der Blutscheiben anzunehmen. Sie sind nicht einfach Degenerationsproducte, denn sie gehen nicht sofort unter, sondern sie können längere Zeit in diesem Zustande existiren und sind vielleicht ein zweckmässiger Vorgang, da durch ihre Entstehung eine Oberflächenvermehrung der Blutscheiben entsteht. Ablagerung von Stoffen in den Blutscheiben sind dagegen Degenerationsvorgänge; diese Ablagerungen sind Coagulationsnecrosen innerhalb der Blutscheiben. Die Blutscheiben verändern sich durch Blutgifte noch in der Weise, dass in denselben bei bestimmter Färbung sich ein bis zwei Körper zeigen, sporenförmige Gebilde, welche als hämoglobinämische bezeichnet werden können. Neben den Spaltungsproducten sind Producte der Regenerationsvorgänge von Wichtigkeit, da nach der Intensität derselben sich die Prognose richtet. *Ehrlich* konnte in allen Fällen von perniciöser Anämie Hämatoblasten im Blute nachweisen: oft finden sich dieselben nur als Kerne vor, welche von den Hämatoblasten ausgestossen sind und welche sich wieder mit Plasma umgeben und schliesslich rothe Blutscheiben darstellen. Alleinige Bildung von Normoblasten beschränkt sich auf die einfachen secundären Anämien, Gigantoblasten finden sich dagegen bei der perniciösen Anämie, durch sie geht die Regeneration sehr langsam vor sich, weil jeder Megalo-(Giganto)blast nur eine Blutscheibe liefert, die Normoblasten aber mehrere

hervorbringen können. Leucocytose entsteht nicht aus den Lymphdrüsen, sondern aus dem Knochenmarke: Die schweren Anämien verlaufen meist mit einer entschiedenen polynucleären Leucocytose. Jede Anämie ist perniciös, in welcher die blutbildenden Organe des Knochenmarkes ausser Function gesetzt werden.

In der Discussion spricht zuerst *Troje* (Berlin). Er hat bei seinen Untersuchungen wesentliche Unterschiede zwischen den in Karyokinese befindlichen Erythrocyten und den in Karyokinese befindlichen Leucocyten gefunden, so dass auf die verschiedene Herkunft dieser Zellen mit Sicherheit geschlossen werden kann. *Fürbringer* (Berlin) glaubt, dass man erst dann von perniciöser Anämie sprechen kann, wenn etwa der vierte Theil der Blutkörperchen durch Mikrocyten ersetzt ist. Das Blut ist nicht immer blass. Die Prognose ist schlecht, aber nicht immer trostlos. Arsenik scheint in seinen Fällen gut gewirkt zu haben. *Klebs* (Berlin) weist auf die in localen Endemien auftretenden infectiösen Fälle hin, besonders da hier auch therapeutisch Wesentliches zu erreichen ist. *Litten* (Berlin) legt wenig Werth auf die Mikrocytose und ebensowenig auf die Poikilocytose: da viele Fälle von sehr schwerer Anämie gar keine Spur von Blutveränderung zeigen. Er glaubt vorzugsweise an Infection, resp. an toxische Einflüsse. *Birch-Hirschfeld* erwähnt zum Schlusse betreffs des Blutes, dass in einem Falle das Blut wie dünner Kaffee ausgesehen habe und Prof. *Ehrlich* betont nochmals, dass die Menge der Megalocyten für die Schwere des Falles entscheidend ist, da bei grosser Anzahl derselben das Knochenmark sich zum grössten Theile verändert findet.

Kleine Mittheilungen.

582. ***Bruch des Sternalendes der Clavicula in Folge von Muskelwirkung.*** *Von* ***Rupp.*** *(New-York med. Rec. November 1891. — Centralbl. f. Chir. 1892. 19.)*

Während die 69jähr. Frau, im Bett auf der linken Seite liegend, mit dem rechten Arme nach hinten herum langte, um ein Glas Wasser zu erlangen, das hinter ihrem Rücken auf einem Stuhle stand, trat ein heftiger Hustenanfall ein. Der Antagonismus zwischen Portio sternalis des Sternocleidomastoideus, an dessen äusserem Rande die Clavicularfractur eintrat, und Pectoralis und Deltoideus andererseits mit der ersten Rippe als Hypomochlion erklärt den Bruch des Schlüsselbeines.

583. ***Marsh*** empfiehlt das ***Acidum oxalicum*** als ein besonders gut wirkendes Sedativum bei ***acuter Cystitis.*** Er verordnet:

Rp. *Acid. oxalic.* *0·95*
Syr. Aur. cort. *80·0*
Aq. dest. *120·0*
Alle vier Stunden einen Kaffeelöffel voll.

Die heftigen Symptome sollen fast augenblicklich verschwinden, und in wenigen Tagen sollen die Patienten von der Blasenirritation vollständig befreit sein.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 14.)

584. ***Radicalcur der Ranula.*** *Von* ***M. Félizet.*** *(Méd. moderne. 1891. — Centralbl. f. Chir. 1892. 10.)*

Félizet legt unter Cocainanästhesie durch einen Schnitt durch die Schleimhaut die Wand der Ranula frei, lässt durch einen Einstich die Flüssigkeit ausfliessen, stopft die Höhle mit kleinen Schwämmchen aus und schält ohne Schwierigkeiten den ganzen Balg aus, um sicher einem Rückfall vorzubeugen. *Félizet* hat dies Verfahren mehrfach mit gutem Erfolg angewendet, es wird sich gewiss auch bei anderen dünnwandigen Cysten empfehlen.

585. *Lutz* empfiehlt für kleine dünnwandige ***Atheromcysten*** durch die Cystenwand zu incidiren und den Inhalt mit einem scharfen Löffel zu entfernen. Ist die Balgwand lose, so kommt sie mit oder folgt einem leichten Zuge mit Pincette, im anderen Falle wird sie durch Jodtinctur verödet. Alsdann erfolgt sehr bald Heilung. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 17.)

586. ***Für die Anwendung von Cognac bei Kindern*** empfiehlt *Elroy* (Occidental Med. Times. April 1892. — Therap. Monatsh. Mai 1892) folgende Formel:

Rp. *Cognac* 30·0
Aq. Laurocerasi gtt. V.
Vitell. ovi Nr. II.
Sacchari albi 22·0
S. Theelöffelweise zu geben.

587. ***Zur Frage von der diätetischen Bedeutung der Malzextracte.*** *Von G. G. Swjaginzew. (Wratsch. 1891. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1892. Beilage 3.)*

Nach *Swjaginzew* besitzen die Malzextracte 1. keinen bemerkenswerthen Einfluss auf den Umsatz; 2. keinen Nährwerth, sowohl was die sie enthaltenden Eiweissstoffe, als auch was die Diastase anbetrifft; einigen Nährwerth besitzen sie in dem grossen Gehalte an Kohlehydraten; 3. die Verordnung von Malzextracten in den gebräuchlichen Dosen hat daher gar keinen Werth; 4. in Bezug auf ihren Nährwerth entsprechen die Extracte durchaus nicht dem hohen Preise und können mit grösserem Nutzen durch andere zuckerhaltige Substanzen ersetzt werden.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien für das Jahr 1890. 8. Jahrgang. Unter der Leitung des Magistratsrathes Franz Chwalowsky bearbeitet von Dr. Steph. Sedlaczek, Dr. Wilhelm Löwy und Dr. Rich. Weiskirchner. Wien 1892, Verlag des Wiener Magistrates.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg** in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: **Eugen Schwarzenberg.**
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Andreas Saxlehner
k. u. k. Hof-Lieferant
Eigenthümer der
Hunyadi János Quelle
Zu haben in allen Mineralwasserdepôts sowie in allen Apotheken.
Als bestes seiner Art bewährt und ärztlich empfohlen
Saxlehner's Bitterwasser
Man wolle ausdrücklich verlangen:
Anerkannte Vorzüge:
Prompte, milde, zuverlässige Wirkung. Leicht und ausdauernd von den Verdauungs-Organen vertragen. Geringe Dosis. Stets gleichmässiger und nachhaltiger Effect. Milder Geschmack.

110


18 Medaillen I. Classe
Empfehle meine als vorzüglich anerkannten
Maximal-
und gewöhnliche
105
ärztl. Thermometer
zur Bestimmung der Körpertemperatur.
Urometer nach Dr. Heller und Dr. Ultzmann, Bade- und Krankenzimmer-Thermometer etc., sowie alle Arten Thermometer, Barometer und Aräometer.
Heinrich Kappeller
Wien, V., Kettenbrückengasse Nr. 9.
Illustrirte Preisverzeichnisse stehen gratis zur Verfügung.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

588. ***Fall einer Pancreascyste.*** *Von Prof. Dr.* **Stiller.** *Demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest den 21. Mai 1892. (Pest. med.-chir. Presse. 1892. 23.)*

Das 18jährige Mädchen bemerkte vor sechs Wochen eine Anschwellung der Magengegend. Dabei alle Functionen normal; keine Abmagerung. Schon die Inspection zeigt eine Vorwölbung des Epigastriums; die Palpation ergibt einen straff elastischen Tumor von glatter Oberfläche, der ziemlich deutlich fluctuirt, den inspiratorischen Bewegungen des Zwerchfells folgt und in der Quere etwas beweglich ist. Die untere Grenze, ganz abgerundet, zieht in grossem Bogen von der rechten Mamillarlinie durch die Nabelhöhe bis hinter die linke mittlere Axillarlinie; die obere Grenze verliert sich offenbar hinter den Rippenbogen. Die Percussion ergibt im ganzen Bereiche des Tumors dumpfleeren Schall. Der Harn ist bis auf 1000 Ccm. vermindert, enthält an manchen Tagen etwas Eiweiss ohne Formelemente. Was ist nun diese Geschwulst? Die Diagnose eines Bauchtumors ist in zwei Richtungen festzustellen, erstens in pathologischer, dann in topographischer. Als Ausgangspunkt dient diejenige, die sich als die leichtere präsentirt. Hier ist es die erstere. Wir haben einen fast deutlich fluctuirenden Tumor. Ein Abscess oder ein abgesacktes peritonitisches Exsudat ist sowohl durch die genau umschriebene Form und die Beweglichkeit der Geschwulst, als auch durch den Mangel jedes entzündlichen Zeichens auszuschliessen. Ein weiches Neugebilde, etwa ein Sarcom, ergäbe kaum eine so regelmässige glatte Gestalt und wäre auch bei dieser Grösse mit dem Wohlbefinden der Kranken kaum vereinbar. Offenbar haben wir es mit einer Cyste zu thun.

Viel schwerer ist die topographische Diagnose. Mit aller Sicherheit ist ein Tumor der Genitalorgane zu excludiren, ebenso sicher ein Tumor der Leber auszuschliessen; ein Hydrops vesicae felleae würde ausschliesslich die rechte mittlere und untere Bauchgegend einnehmen. Linke Sackniere, Hydro- oder Pyonephrose, selbst Echinococcus könnten sämmtlich respiratorische Beweglichkeit zeigen. Dagegen spricht aber das palpatorische und percutorische Freibleiben der linken Lumbalgegend. Es blieb nichts übrig, als einen Echinococcus der Milz anzunehmen. Dem entsprach die Lage, die scheinbare Deckung des Magens und die respiratorische Bewegung. Diese Diagnose wurde auch anfangs gemacht. Doch war Verf. neugierig, wo eigentlich der Magen sei und blies ihn mit aus Brausepulver entwickelter Kohlensäure auf. Und siehe da, die ganze grosse Dämpfung, mit Ausnahme eines Streifens

links, ergab auf einmal tympanitischen Schall. Damit war erwiesen, dass der Magen über dem Tumor lagerte und damit war jeder Milz- oder Lebertumor mit Sicherheit ausgeschlossen. Es handelte sich also um eine hinter dem Magen gelegene Geschwulst und es wurde eine Pancreascyste angenommen. War es diese, so musste auch das Quercolon vor dem Tumor lagern. Nächsten Tag wurde durch ein langes Rohr Luft in den Mastdarm eingeblasen und es ergab sich, dass die zwei unteren Drittel der Geschwulst durch Ueberlagerung des Querdarms volltympanitisch wurden; blos der epigastrische Winkel blieb dumpf. Wurde nun jetzt gleichzeitig auch der Magen aufgeblasen, so wurde auch der obere Theil dieser Dämpfung tympanitisch und es blieb nur ein kleines Segment constanter Dämpfung übrig. Einen ähnlichen Befund nun könnte ausser einer Pancreascyste auch eine Mesenterialcyste ergeben; doch sind diese tiefer situirt und dringen nicht so in die Brustapertur hinauf. In den meisten Fällen von Pancreascyste wurde, wie hier, eine vorwiegend linksseitige Lage (weil der Tumor fast immer von der Cauda ausgeht) und respiratorische Beweglichkeit constatirt.

Der Gegenstand ist noch relativ neu. Anfangs glaubte man einen Stützpunkt der Diagnose in der Natur der Cystenflüssigkeit zu haben, indem man dieselbe als pancreatischen Saft betrachten wollte, die also diastatische, tryptische und fettspaltende Eigenschaften haben müsse. Es ist aber a priori anzunehmen, dass eine solche Cyste ebensowenig Pancreassaft enthält, wie eine cystöse Gallenblase Galle, oder eine Hydronephrose reinen Harn. Verf. entschloss sich schwer zu einer Probepunction, da sie in jüngster Zeit als nicht gleichgiltig erachtet wird; doch machte er sie endlich mit einer dünnen Pravaznadel, deren Kürze es verursachte, dass nur einige Tropfen einer bräunlich-trüben Flüssigkeit genommen wurden, die nur stark lichtbrechende, rundliche Formelemente enthielt, vielleicht Colloid, da sie in Aether nicht löslich waren. Die Flüssigkeit zeigte weder emulgirende, noch fettspaltende Eigenschaften. *—r.*

589. ***Ein Fall von Cirrhosis hypertrophica cum ictero.*** *Von Prof.* ***Carl Kétli****, Budapest. (Orvosi Hetilap. 1892. 16. — Pest. med.-chir. Presse. 1892.)*

37jähriger Lehrer, führte ein ausschweifendes Leben, trank täglich zwei Liter Wein und noch mehr. Sein jetziges Uebel begann im Januar 1890 mit Frost, Hitze, Kopfschmerz und Mattigkeit in den Abendstunden. Im März desselben Jahres ward der früher helle Urin dunkelbraun, und die Haut und Sclera gelb; dieser Icterus verliess den Pat. seither nie ganz, änderte sich blos in seiner Intensität. Zur selben Zeit wurden die Kniegelenke schmerzhaft und an der Haut des Schenkels und Unterschenkels entstanden hirsekorn- bis linsengrosse rothbraune Flecke. Nach anderthalbmonatlicher Behandlung besserte sich der Zustand, die Schenkel schwellten ab, die Flecke schwanden, auch der Icterus verringerte sich, doch sistirte er nicht ganz. Pat. fühlte sich einige Monate hindurch wohl. Doch schon im December traten die Flecke wieder auf und auch der Icterus ward intensiver. Auf sechswöchentlichen Gebrauch des Karlsbader Wassers besserte sich

der Zustand. Durch die Besserung übermüthig, begann er wieder viel Wein zu trinken, worauf im December 1891 eine hochgradige Recidive eintrat und wiewohl der Appetit befriedigend war, magerte Pat. rapid ab. Bei der Aufnahme des abgemagerten Pat. war die ganze Decke citronengelb, das Zahnfleisch aufgelockert, leicht blutend. Appetit ziemlich gut. — An den unteren Extremitäten zerstreute Purpuraflecke. Da die Leberdämpfung in der rechten Sternallinie bereits an der 4. Rippe beginnt und die Herzdämpfung mit ihr confluirt, so lässt sie sich nach rechts hin nicht abgrenzen. Ueber dem Herzen überall ein gleichmässig intensives, schwaches systolisches Geräusch. 88, ein wenig schwache, doch rhythmische Pulsschläge. Die Geräusche sind wahrscheinlich accidenteller Natur. Die Leber ist in ihrer ganzen Ausdehnung vergrössert. Ihre oberen Grenzen beginnen in der rechten Parasternal- und mittleren Mamillarlinie an der 5., in der Paravertebrallinie an der 8. Rippe und überragen nach abwärts den Rippenbogen. Es lässt sich nämlich der Leberrand in einer Breite von 1—3 Querfinger palpiren. Ihr Rand ist schärfer und consistenter als normal, doch ganz glatt und folgt den Athmungsbewegungen. Die Milz ist unter dem Rippenbogen in der Ausdehnung eines Handtellers palpirbar. Im Bauchraume bei Knieellbogenlage wenig freie Flüssigkeit nachweisbar. Urinmenge täglich 2 Liter, specifisches Gewicht 1012, enthält nur zeitweilig wenig Gallenfarbstoff, Stuhl normal, von hellgelber Farbe. Das Krankheitsbild entspricht demnach vollkommen der *Charcot'schen* als Cirrhosis hypertrophica cum ictero bezeichneten Erkrankung, und zwar der genuinen Form, die aus einer Entzündung der interacinösen Gallenwege entsteht, da eine Obstruction der grossen Gallenwege weder früher, noch jetzt anzunehmen ist. Bezüglich des Verlaufes weicht diese Form von jener *Laennec's* darin ab, dass die Lebervergrösserung, wie auch in diesem Falle Jahre hindurch persistirt, ein Ascites sich nicht immer und auch dann nur in sehr geringem Grade entwickelt, da die Blutgefässe permeabel bleiben. Hieraus lässt sich auch erklären, dass neben einer hypertrophischen interstitiellen Hepatitis ein Magencatarrh fehlen kann. Die Milz pflegt bei beiden Formen vergrössert zu sein und auch in diesem Falle lässt sich die in den Aesten der Vena portae bestehende Stauung nicht als Ursache der Vergrösserung betrachten, da dann bei der hypertrophischen Form diese Erklärung nicht genügen würde; auf Grund neuerer Untersuchungen findet man nämlich, dass auch in der Milzstructur die Hypertrophie durch Hyperplasie des Bindegewebes verursacht wird. Die Prognose ist auch bei dieser Form der Lebercirrhose, gleichwie bei der gewöhnlichen infaust, nur dass die hypertrophische Form langsamer verläuft; zuweilen vergehen drei bis vier Jahre, bis der Tod durch Erschöpfung eintritt. Bezüglich der Therapie ist man gerade so ohnmächtig, als bei der gewöhnlichen Form und ist man zumeist auf ein symptomatisches Vorgehen angewiesen. In jüngster Zeit wird von der Anwendung kleiner Calomeldosen (0·02—0·05) Günstiges berichtet. In Ermangelung eines besseren Mittels wird auch in diesem Falle diese Behandlung befolgt. —*r.*

590. ***Drei Fälle von Rumination beim Menschen.*** *Von* ***V. Hille,*** *Ringsaker. (Norsk Magazin. Januar 1892, pag. 64.)*

Die von verschiedenen Beobachtern hervorgehobene Möglichkeit, dass Rumination beim Menschen in manchen Fällen die Folge von Imitation sei, kann auch auf einen der von Verf. beobachteten Fälle zutreffen, da es sich um eine Viehmagd handelt, bei welcher die Rumination erst einige Jahre nach dem Eintritte in ihren Dienst sich ausbildete. Möglicherweise mag sie es von den Kühen gelernt haben, wie *Heusinger's* Dragoner das Koppen von seinen Pferden und die wiederkauenden Kinder von *Freund* und *Körner* das Ruminiren von ihrer hysterischen Gouvernante. Im Uebrigen dürfte auch in dem constatirten Verschlucken der Speisen in schlecht gekautem Zustande ein ätiologisches Moment gegeben sein, daneben auch in dem Arbeiten in vornübergebeugter Stellung unmittelbar nach dem Essen. In einem anderen Falle, wo die Rumination sich im Kindesalter entwickelte, ist vielleicht Erblichkeit anzunehmen, da auch der Vater ruminirte. In einem dritten Falle entstand die Rumination nach mehrjähriger Dyspepsie, die übrigens auch in dem zweiten Falle vorhanden war. Der dritte Fall bietet die Eigenthümlichkeit, dass der Patient mitunter erst am Abend seine Frühkost ruminirte, nachdem er inzwischen 2—3 Mahlzeiten eingenommen hatte. Im Allgemeinen ruminirte er indess gleich nach der Mahlzeit ohne Unbehagen. Die Anwesenheit eines Divertikels konnte in diesem Falle bei der Untersuchung nicht nachgewiesen werden. *Husemann.*

591. ***Zur Casuistik der Antifebrinvergiftung.*** *Von* ***W. Warfvinge,*** *Stockholm. (Hygiea. März 1892, pag. 238.)*

Wie leicht Vergiftungen mit Antifebrin, selbst wenn relativ heftige Erscheinungen durch sehr grosse Dosen hervorgerufen sind, vorübergehen, lehren verschiedene in Schweden vorgekommene Vergiftungen, welche die letzten Influenzaepidemien in der Weise zu Stande gebracht haben, dass Personen, die daran erkrankten oder erkrankt zu sein glaubten, in Apotheken im Handverkaufe grössere Quantitäten des billigen Antifebrile ankauften, und davon dann ad libitum nahmen. Eine im Krankenhause Sabbatsberg beobachtete Intoxication dieser Art betrifft einen 35jährigen Schuhmacher, der für 25 Oere 17 Grm. Antifebrin erhielt und davon Morgens früh nicht ganz die Hälfte (8 Grm.) auf einmal einnahm. Schon nach 5 Minuten stellte sich Müdigkeit und Schwere im Kopfe ein, und kurze Zeit darauf konnte er nicht deutlich sehen, indem schwarze und rothe Wolken vor den Augen erschienen, zugleich trat Schwäche in den Beinen auf und er konnte nur mit Mühe den Kopf aufrecht erhalten. Nachdem er sich zu Bette gelegt, schlummerte er sofort ein und schlief $1^1/_4$ Stunde, wonach er leicht durch Zuruf zu erwecken war. Er verstand zu dieser Zeit Alles, freilich undeutlich, fühlte sich aber beim Aufstehen stark schwindlig, taumelte einige Schritte vorwärts und fiel dann bewusstlos nieder. Beim Wiederzubettlegen fluchte er und schlug mit den Armen um sich wie ein Betrunkener, verfiel dann aber rasch in einen comatösen Zustand mit geschlossenen Augen, starker Cyanose, die sich besonders an den Lippen ausgesprochen zeigte, erschlaffter Musculatur, Kälte der Hände und Füsse und starker Herabsetzung der Temperatur,

mässiger Diaphorese und Verlangsamung der Athmung und der Pulsfrequenz. Puls und Athmung wurden durch subcutane Injectionen von Campher und Aether besser, dagegen hielt die Bewusstlosigkeit 16 Stunden an. Am Tage nach der Intoxication bestand nur noch Schmerz im Kopfe, besonders über den Augen, Cyanose und herabgesetzte Temperatur (36·5—38·4°); der Harn war klar, fast weinroth und enthielt reichlich Anilin, dagegen weder Blut noch Eiweiss oder Zucker. Die Cyanose war auch noch am 3. Tage deutlich, wo der violette Urin noch Spuren von Anilin enthielt. — Ein zweiter im Krankenhause Sabbatsberg behandelter Fall betrifft ein 15jähriges Mädchen, das von den im Handverkaufe erhaltenen 16 Grm. Antifebrin theelöffelweise so viel mit Wasser hinunterspülte, dass nur ungefähr ein Theelöffel voll davon zurückblieb. Nach $^1/_4$ Stunde trat Hitze in ganzen Körper und Schweiss ein, unmittelbar darauf kam es zu Schwindel und Dunkelwerden vor den Augen, dann fiel sie beim Aufstehen von dem Stuhle ohnmächtig zu Boden und blieb $7^1/_2$ Stunden im Zustande völliger Bewusstlosigkeit, während dessen sie jedoch stets die Furcht hatte, zu ersticken. Im Hospitale trat Erbrechen ein. Das Coma war nicht so tief wie in dem ersten Falle, da die Kranke auf starkes Anrufen antwortete. Die Cyanose war stark, verschwand aber schon am folgenden Tage. Die Pupillen waren etwas verengt; die Temperatur 36—37°. Die viel frühere völlige Wiederherstellung ist wohl auf die schon vor Ablauf einer Stunde vorgenommene Magenausspülung zurückzuführen. Im Urin war die Menge der Aetherschwefelsäuren bedeutend erhöht, auch gab der Harn starke Urobilinreaction, und nach Kochen mit Salzsäure Indophenolreaction. In einem Falle von Dr. *J. W. Pihl* rief bei einer Frau, die gegen den „russischen Schnupfen“ 2·5 Grm. Antifebrin an zwei aufeinander folgenden Tagen nahm, die zweite Dosis kurz nach dem Einnehmen Unruhe, Athemnoth, Schwindel, Erbrechen, Mattigkeit mit bleicher Gesichtsfarbe und Cyanose der Lippen und Nägel hervor, der Puls wurde klein und stark beschleunigt (120), Hände, Füsse und Nasenspitze eiskalt; doch ging das Bewusstsein nicht verloren, und unter dem Gebrauche von Stimulantia erfolgte rasch Besserung. Dr. *Alb. Pallin* beobachtete bei zwei Arbeitern, die an einem Tage zwei Theelöffel voll Antifebrin genommen hatten, Furcht, kalte Schweisse, Cyanose, Angst und beginnenden Collaps. Die vorstehenden bisher in der deutschen Literatur nicht mitgetheilten Fälle von Antifebrinvergiftung rechtfertigen gewiss in hohem Grade die durch das deutsche Arzneibuch eingeführte Ausschliessung des Antifebrins vom freien Verkaufe und vom Handverkaufe in den Apotheken. Auch in Schweden hat die oberste Medicinalbehörde sich veranlasst gesehen, die Abgabe des Antifebrins ohne ärztliches Recept zu verbieten. *Th. Husemann.*

592. ***Hysterisches Stummsein.*** *Von* **Troisie.** *(La méd. moderne. April 1891.)*

In der Société médical des Hôpitaux stellte am 8. April 1892 Verf. folgenden interessanten Fall von hysterischer Stummheit vor. Der Fall ist ein nach *Charcot* ganz typischer. Es besteht motorische Aphasie mit completer Aphonie. Der Kranke kann kein einziges Wort articuliren, und auch nicht den geringsten Ton produciren; Zunge und Lippen beweglich, aber nicht so weit, um

ein Wort bilden oder nachsprechen zu können. Er ist nicht agraphisch, weder wortblind, noch worttaub. Die Intelligenz ist erhalten. Bei seinem Spitalseintritte bestand eine rechtsseitige Parese mit Hemianästhesie der Haut und Schleimhäute, Einengung des Gesichtsfeldes, geschwächtes Sehen, vermindertem Gehör, Geschmack und Geruch. Diese hysterischen Stigmata verloren sich nach und nach. Der Kranke ist Alkoholiker. Er wurde ganz plötzlich stumm nach einem Rausche. Im verflossenen Jahre hatte er Hallucinationen delirirenden Inhaltes und musste eine Irrenanstalt aufsuchen. Der Kranke erlangte mittelst Elektrisiren der Gesichts- und Halsnerven die Sprache wieder, nur im Anfange etwas schwerfällig, aber nicht stotternd.

Dr. Sterk, Wien-Marienbad.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

593. ***Ueber die Verdampfung von Quecksilber aus der grauen Salbe.*** *Von Dr. Kunkel. (Sitzungsbericht der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg. 1892. 2.)*

Die Entwicklung von Quecksilberdampf aus grauer Salbe und die Mercurialisirung des Menschen bei der Schmiercur durch Dampfeinathmung ist lange behauptet. In älteren Versuchen hat man Kaninchen in Käfigen nahe an grossen mit grauer Salbe bedeckten Flächen gehalten, sie wurden von Erscheinungen des Mercurialismus befallen. Den Versuch, auf chemischem Wege den sicheren Beweis von Hg-Dampf zu erbringen, führte *Fried. Müller* durch; er hatte beobachtet, dass luetisch Erkrankte bei dauerndem Aufenthalt in einem Raume, in dem Lappen mit Unguent. cinereum bestrichen aufgehängt waren eine Besserung der syphilitischen Erscheinungen erfuhren, und Quecksilber im Harn ausschieden; leitete er Luft des Raumes längere Zeit durch verdünnte Salpetersäure, so konnten in derselben deutliche Spuren von Quecksilber nachgewiesen werden. Verf. ist die Annahme der Quecksilberverdampfung aus grauer Salbe immer schwierig erklärbar vorgekommen: nach der Constitution der grauen Salbe (Einhüllung von Quecksilbertröpfchen in Fett) muss man sich dabei vorstellen, dass Quecksilberdampf durch eine Fettschicht hindurchdiffundire. Ausserdem fehlen vollständig quantitative Angaben über die unter gewissen Bedingungen aus grauer Salbe verdampfenden Quecksilbermengen. Der Vortragende unternahm deshalb neue Versuche nach folgendem Plane. Graue Salbe wurde auf einem Pappdeckel von ungefähr 3000 Quadratcentimeter Oberfläche (50 und 60 Centimeter Seitenlänge) in 1 Millimeter dicker Schicht aufgestrichen. Dieser Pappdeckel wurde in einen flachen Kasten aus Schwarzblech gelegt von rechtwinkeliger Grundfläche mit etwa 80 und 60 Centimeter Seitenlänge, die Höhe betrug nur 2 Centimeter; durch einen übergreifenden Deckel aus demselben Materiale wurde der Kasten geschlossen und die Fugen mit Lehm gedichtet. An den beiden Stirnseiten waren eiserne Zu- und Abflussröhren eingesetzt. Wurde im langsamen Strome Luft durch den Kasten gesaugt,

so zog diese flach über die graue Salbe weg, konnte sich daraus mit Quecksilberdampf anreichern und wurde dann durch das Ablaufrohr in die Absorptionsapparate (s. Orig.) geführt.

Die Versuche haben vor Allem ergeben, dass die graue Salbe Quecksilber abdunsten lässt: es ist leicht, mit den geschilderten Vorrichtungen Quecksilber überhaupt nachzuweisen. Die quantitativen Versuche wurden alle wegen der praktisch-therapeutischen Beziehung bei einer Temperatur von etwa 35° C., d. i. der Hauttemperatur, durchgeführt. Ein kleines Zimmer wurde bei sorgfältig geschlossenen Fenstern und Thüren stark (durch Ofen) geheizt; es gelang ohne Aufwendung besonderer Sorgfalt durch 10 Stunden die Temperatur zwischen den Grenzen 33° und 35° C. constant zu erhalten. Es hatte also die Luft, die über die graue Salbe strich (und die letztere selbst auch), diese Temperatur. Die Quecksilbermengen, die hierbei gefunden wurden, schwankten zwischen 8 bis 18 Milligramm Quecksilber auf 1 Cubikmeter durchgesaugter Luft. Die Schnelligkeit des Saugens war selbstverständlich von Einfluss; je schneller, umso geringer war die Quecksilbermenge, umso unvollständiger die Sättigung der über die Salbenfläche geführten Luft mit Hg-Dampf. Auch war von grossem Einfluss das „Alter" der Salbenoberfläche. Am ersten Tage nach Aufstreichen frischer Salbe war die verdampfte Hg-Menge die grösste und nahm in den nachfolgenden Tagen stetig ab.

Für die Einführungsart des Quecksilbers in den menschlichen Körper bei Application der sogenannten Schmiercur lässt sich aus den Versuchen folgern, dass die Einathmung von Hg-Dampf auf alle Fälle mit in Betracht kommt, wenn dies wahrscheinlich auch nicht der Hauptweg der Quecksilberaufnahme ist. Die ganze Menge der mit der Athmung in 1 Stunde eingesaugten Luft macht rund ½ Centimeter, es käme also auf 24 Stunden (12 Cubikmeter) eine sehr namhafte Menge eingeathmeten Quecksilberdampfes zusammen. Nun darf man keinenfalls annehmen, dass die Luft, die ein gerade mit der Inunctionscur behandelter Patient aufnimmt, so reich an Hg-Dampf sei, wie dies unter den oben geschilderten Versuchsbedingungen die durch die „Salbenbüchse" gesaugte Luft war. Ueber die Menge des mit der Einathmungsluft wirklich eingeathmeten Quecksilberdampfes ist vor der Hand etwas Bestimmtes noch nicht ermittelt: der Modus des hierfür einzuschlagenden Versuchsverfahrens ist ganz adäquat den wirklichen Bedingungen nicht sehr leicht herzustellen. Wichtig ist es ganz principiell für Quecksilberaufnahme durch Athmung zu bemerken, dass „Staub" nach allen Erfahrungen vollständig in den Respirationswegen hängen bliebe, d. i. resorbirt würde, während Dampf wie die aufgenommene Luft auf alle Fälle theilweise wieder ausgegeben wird. Darum ist die Gefahr der Vergiftung durch Dampf soviel geringer.

In der Discussion bemerkt *du Mesnil*, dass für die Verdampfung des Hg aus Quecksilbersalben auch klinische Belege vorhanden seien; so konnte z. B. im Juliusspital bei Tripperkranken, welche mit solchen, die einer antisyphilitischen Inunctionscur unterworfen wurden, den Krankensaal theilten, des öfteren eine mercurielle Stomatitis und Hg im Urin nachgewiesen werden,

trotzdem sie niemals mit Quecksilberpräparaten in directe Berührung gekommen waren. *Loebisch.*

594. ***Die Behandlung der Influenza mit Benzol.*** *Von* ***W. Robertson.*** *(The Lancet. 1892. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 40.)*

Nach Verf. beseitigt das Benzol die Kopf- und Rückenschmerzen bei Influenza innerhalb weniger Stunden und setzt die Temperatur permanent innerhalb 12 Stunden herab. Zur Illustration seiner Behauptung theilt Verf. folgenden Fall mit: Junge Frau, mit Temperatur von 39°, ecchymosirten Augen, trockener, heisser Haut, geröthetem Gesicht, Schmerzen an allen Körpertheilen etc. Verordnung:

Rp. *Benzol. pur.* *5·0,*
Spirit. vini *7·5,*
Spirit. Chloroform. *2·0,*
Mucilag. G. Traganth. qu. s.,
Aqu. destillat. ad *25·0.*
Davon 2stündlich einen Esslöffel voll.

Nach der ersten Dosis bedeutende Abnahme der Schmerzen, nach der zweiten Reduction der Temperatur und Pulsfrequenz. Am folgenden Tage fand man die Temperatur subnormal des Morgens und Abends, die Kranke schmerzfrei, die Conjunctivae normal, so dass Patientin sich als gesund bezeichnete. In bisheriger Ermangelung eines bewährten Heilmittels gegen die Influenza empfiehlt Verf. das Benzol dringend zu ferneren Versuchen. Nimmt man an, dass der Influenzabacillus zuerst die Lungenschleimhaut befällt, so dürfte das Benzol das geeignetste Mittel darbieten; bereits 1 Stunde nach der ersten Dosis wird der Geruch desselben bei der Exspiration bemerkt.

595. ***Die Behandlung tuberculöser Processe mit Zimmtsäure.*** *Von* ***A. Landerer.*** *Therap. Monatsh. 1892. 5. — Pharm. Centralhalle. 1892. 21.)*

Die Form, in welcher Verf. die Zimmtsäure für obigen Zweck in Anwendnng bringt, ist eine Emulsion mit Eidotter:

Rp. *Acid. cinnamylici* *5·0,*
Ol. Amygdalar. dulc. *10·0,*
Vitelli ovi *Nr I,*
Sol natrii chlorati
(0·7%) *q. s.,*
ut fiat emulsio *100·0.*

Nur für die Behandlung des Lupus hat sich eine alkoholische Lösung mit Cocainzusatz zweckmässiger erwiesen, nämlich

Rp. *Acid. cinnamylici*
Cocain. muriatic. *aa. 1·0,*
Spir. Vini *20·0.*
S. Zur Injection.

Von dieser Lösung werden je 1—2 Tropfen in die Knötchen eingespritzt; in einer Sitzung werden event. bis 10 Einspritzungen gemacht, und zwar wird wöchentlich eine Sitzung abgehalten. Wo es anging, wurde noch ein Perubalsampflaster aufgelegt.

Bevor die Emulsion gebraucht wird, ist sie selbstverständlich alkalisch zu machen, was mit 25procentiger Natronlauge geschieht, und zwar wird immer nur so viel Emulsion alkalisch gemacht,

als in den nächsten Stunden gebraucht wird — ein etwas umständlicher Weg der Darreichung. Kühl aufbewahrt, hält sich die saure Emulsion 6—8 Tage; sterilisiren lässt sie sich nicht, doch hat Verf. nie eine Bacterienentwicklung in ihr beobachten können, was einigermassen auffallend ist. Verf. fasst seine Beobachtungen über den therapeutischen Werth der Zimmtsäure bei tuberculösen Processen wie folgt zusammen: Wir besitzen in der Zimmtsäure ein die Tuberculose stark beeinflussendes Mittel. Oertliche Einwirkung derselben vermag örtliche Localisation der Tuberculose zum Rückgang zu bringen. Die intravenöse Injection der Zimmtsäure ist — bei genügender Vorsicht — unschädlich. Sie vermag einen beträchtlichen Theil der inneren Tuberculose zur Ausheilung zu bringen. Die Zimmtsäure ist selbstverständlich kein Specificum gegen Tuberculose, wenn wir diesen Ausdruck, der bis jetzt in der Medicin wenig Nutzen und viel Schaden gebracht hat, überhaupt festhalten wollen.

596. ***Ueber den Einfluss des Theobromins, Coffeins und einiger zu dieser Gruppe gehöriger Substanzen auf den arteriellen Blutdruck.*** *Von* **W. Cohnstein.** *Inaug.-Dissert. Berlin 1892. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 16.)*

Verf. hat in *v. Schröder's* Laboratorium zu Heidelberg eine grössere Reihe von Experimenten an Katzen und Kaninchen über die im Titel angedeutete Frage vorgenommen und ist dabei im Wesentlichen zu folgenden Resultaten gelangt: 1. Was das Coffein (Trimethylxanthin) betrifft, so bestätigte er im Allgemeinen die bereits von *Wagner*, *v. Schröder, Binz* u. A. gewonnenen Resultate, dass das Mittel eine blutdrucksteigernde Wirkung besitzt, welche sich durch eine Reizung des vasomotorischen Centrums erklärt; dass daneben aber auch eine directe Herzwirkung nicht zu verkennen ist, welche sich in einer Beeinflussung der Pulsfrequenz und in einem Steiler- und Grösserwerden der einzelnen Pulswelle documentirt. 2. Ueber das Theobromin, welches seit der Empfehlung durch *v. Schröder* und *Gram* als treffliches Diureticum in die Praxis eingeführt ist, schwebte seit den klinischen Veröffentlichungen *Hoffmann's, Geisler's* u. A. eine lebhafte Controverse, indem die hydragogische Wirkung des Mittels bald als Folge directer Nierenreizung, bald als der Effect eines auf Herz und Gefässe ausgeübten Einflusses angesehen wurde. Verf. kommt nun durch seine Thierversuche zu dem Schluss, dass die erstere Anschauung die richtige ist, und dass die klinisch zu beobachtende Besserung des Pulses und Hebung des Blutdruckes sich rein secundär durch die in Folge des Schwindens der Oedeme gebesserten Circulationsverhältnisse erklären. 3. Unter den im dritten Capitel vom Verf. studirten Xanthinderivaten (Aethyltheobromin, Aethoxycoffein, Phenoxycoffein, Coffeinmethylhydroxyd) hat nur das Aethoxycoffein ein gewisses praktisches Interesse, da das Mittel von *Dujardin-Beaumetz* u. A. gegen Migräne empfohlen wurde.

597. ***Zur Behandlung der nervösen Magenkrankheiten.*** *Von Dr.* **Weissenberg**, *Colberg. Versammlung der balneologischen Gesellschaft in Berlin, 1892.*

Die Therapie wird zunächst die Aufgabe haben, die Causa nocens wo nur möglich aufzusuchen und zu eliminiren. Am besten

dürfte dies bei den auf Anämie und chronische Intoxicationen beruhenden Fällen gelingen. Wo ferner die nervöse Dyspepsie mit einer Erkrankung oder Verlagerung des Uterus und seiner Adnexe zusammenhängt, oder durch Gallen- und Nierensteine, durch Tänien oder eine chronische Obstipation hervorgerufen wird, da werden bei rationeller Behandlung aller dieser Grundleiden die nervösen Magenbeschwerden bald von selbst mit verschwinden. Schwieriger gestaltet sich die Therapie bei mehr weniger ausgebreiteten Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks, ebenso bei der Neurasthenie und Hysterie — in allen diesen Fällen sind wir bald mehr auf eine symptomatische, bald mehr auf eine psychische, in der Hauptsache aber vorzüglich auf unsere balneotherapeutische Behandlung hingewiesen. Von Arzneimitteln sieht man thatsächlich keine nennenswerthen Erfolge. Arsen, Eisen, Chinin wirken nur mehr als Tonica. *Ewald* machte für die symptomatische Behandlung der nervösen Dyspepsie auf die Anwendung des Chloral und des Opium aufmerksam. Er warnt ganz besonders vor dem Missbrauch der salinischen Abführmittel. Von entschiedenerem Vortheil ist dagegen eine allgemeine, auf die Kräftigung und Beruhigung des Nervensystems dieser Kranken gerichtete Behandlungsweise, die freilich immer nur ausserhalb des Hauses und der Familie, am besten unzweifelhaft in unseren Curorten ausgeübt werden kann. Hierher gehören in erster Reihe das Herausreissen des Patienten aus aufreibender geistiger und körperlicher Thätigkeit, Sorge für körperliche und geistige Diätetik, das Fernbleiben von den geselligen Vergnügungen und dem geräuschvollen Leben der grossen Städte. Dazu müssen ferner kommen gymnastische Uebungen und hydrotherapeutische Proceduren, die sedativen sowohl, wie die anregenden, frische reine Luft und — trotz des Magendruckes — eine ausreichende, kräftige Diät. Ein besonderer Werth liegt in dem Wechsel des Klimas. Ob man im Einzelfalle den klimatischen Curorten (mit Wald- und Gebirgsluft) oder den Seebädern den Vorzug geben soll, ist oft schwierig zu bestimmen. Höhenluft dürfte da besser passen, wo die Neurose offenbar durch unzweckmässige, sitzende Lebensweise bedingt ist, wo ferner geistige oder körperliche Ueberanstrengung zu Grunde liegen. Für Seeluft und Seebäder werden andererseits mehr geeignet sein Individuen mit ausgeprägten nervösen Störungen im Bereiche der Magen- und Darmnerven, mit mangelhaftem oder perversem Appetit, mit Abgeschlagenheit, deprimirter Gemüthsstimmung, Obstipation und Gewichtsabnahme.

598. ***Zur Frage der Behandlung der Rachendiphtherie.*** *Von* **Peter Balassa**, *Szentes. (Orvosi Hetilap. 1892. 13. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 23.)*

Nach Verf.'s Erfahrungen geht die Diphtheritis zumeist von der Schule aus, zu Beginn des Schuljahres und zur Winterszeit; doch kommt sie auch zu anderen Jahreszeiten vor. Durch mehrwöchentliche Schliessung der Schule und gründliche Reinigung und Desinfection derselben lässt sich zumeist einer grösseren Epidemie begegnen. Als bemerkenswerth hebt Verf. hervor, dass der jüngsten Influenza-Epidemie in Szentes, die um den 20. December 1891 auftrat und nahezu sechs Wochen dauerte, eine

Diphtheritis-Endemie vorherging und folgte. Bezüglich der Behandlung schliesst sich Verf. Jenen an, die Cauterisirungen und Einpinselungen mit heftiger wirkenden Mitteln bei der auf hochgradig entzündeter Basis auftretenden Diphtheritis perhorresciren. Seit Jahren übt er das antiphlogistische und antibacteriologische Verfahren mit günstigem Erfolge. Das Fieber bekämpft er mit Chinin und Natr. salicylicum; bei kräftiger Herzthätigkeit bedient er sich auch des Antipyrin. Zu Einpinselungen (2—3mal täglich) gebraucht er eine 3—4procentige Carbollösung und wo der intensive Geruch nicht vertragen wird, 1—2 pro Mille Corrosivlösungen. Als Gargarisma wendet Verf. das chlorsaure Kali an; wo Ausspülungen nicht möglich sind, kommt das Mittel als Einpinselung zur Anwendung. Verf. hält dasselbe als Gargarisma für ein solch vorzügliches Mittel, dass es sich in Fällen, wo die Einpinselung nicht durchführbar war, bewährt. Schon frühzeitig greift Verf. zum Wein, Cognac und sorgt er für entsprechende kräftige Diät. Bei nicht vernachlässigten catarrhalischen und membranösen Diphtherien bewährte sich dieses Verfahren.

599. ***Vergiftung mittelst Arsenwasserstoffgas.*** *Bericht von Dr.* ***Storch****, Kopenhagen. Congress f. innere Medicin zu Leipzig, 1892. (Deutsch. med. Ztg. 1892. 36.)*

Der ausserordentlich interessante Fall betraf einen Ballonarbeiter, der nach dem Niedersteigen des Ballons sich von heftigem Unwohlsein befallen fühlte, aber noch im Stande war, in seine Wohnung zu gehen. Daselbst angekommen, steigerte sich das Unwohlsein, das in Magenschmerz und Uebelkeit bestand. Die Hautfarbe hatte einen braunen Ton angenommen und Hämaturie trat ein. Da Pat. sich gegen eine geringe Blutentnahme heftig sträubte, so musste der Hämoglobingehalt täglich im Urin bestimmt werden. Derselbe, der im Anfange sehr hoch war, nahm täglich ab. Am dritten Tage betrug er bei einer Urinmenge von 1032 Ccm. 5·75; am folgenden Tage bei 7027 Ccm. 3·68, sodann bei 1018 Ccm. 1·24. Die sechste Probe 1010 Ccm. 0. Der Gesammtverlust an Hämoglobin betrug, wenn man das tägliche, gewiss zu niedrig gegriffene, Urinquantum auf $1^1/_2$ Liter bemisst, 125 Grm. Das Hämoglobin wurde aus dem Eisengehalt berechnet. Aus der Krankengeschichte ist noch Folgendes hervorzuheben: Pat. war bis zum neunten Tage in fortwährender Besserung. An diesem Tage aber trat ein Recidiv unter Fiebererscheinungen ein, doch ging auch dieses schnell vorüber. Bemerkenswerth ist, dass auch andere Fälle von Arsenwasserstoffvergiftungen gerade am neunten Krankheitstage eine plötzliche Fiebersteigerung gezeigt haben. Ferner ist hervorzuheben, dass Pat. trotz starker Nausea nur wenig erbrach und dass das Erbrochene stark gallig war. Trotz der bräunlichen Farbe war Icterus nie vorhanden und der Urin stets ganz klar und hell. Am ersten Tage hatte Pat. eine Pollution von röthlich gefärbtem Sperma. Es ist selbstverständlich, dass die Prognose sehr ernst war und Redner sowohl die Venesection mit nachfolgender Transfusion, als auch die Salzinfusion in das Auge fasste. Doch unterliess er diese Eingriffe aus äusseren Gründen, und ist froh, die expectative Behandlung, die so schnell zum Ziele geführt hat, eingehalten zu haben. Bei der Wichtigkeit, welche die Ballonfahrten

sowohl in der militärischen Welt, als auch bei Vergnügungen zu spielen anfangen, ist es nöthig, dass die Stoffe, die zur Wasserstofferzeugung gebraucht werden, auf ihre zufällige Verunreinigung mit Arsenik geprüft werden.

600. ***Methylenblau gegen Malaria.*** *Von* **P. Guttmann.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 13.)*

Anknüpfend an einen Vortrag von *Kleist* über Malariarecidive im „Verein für innere Medicin zu Berlin", wiederholt Verf. seine Empfehlung des Methylenblau gegen das Malariafieber. Zugleich machte er darauf aufmerksam, dass das Methylenblau nur chemisch rein als Methylenblau medicinal angewendet werden darf. Er betont das auf's Neue, weil er von einem Falle Kenntniss erhielt, wo Pyoctanin als gleichwerthig dem Methylenblau medicinal angewandt wurde und man nachher über die schlechte Wirkung erstaunt war. Man beginnt mit 0·1 dreimal täglich, gibt am zweiten Tage fünfmal täglich 0·1 in Kapseln und setzt diese Dosirung mindestens acht Tage fort. Die Plasmodien sind dann aus dem Blute verschwunden und vorher schon die Fieberanfälle. Gegen die auftretenden Blasenreizungen, die übrigens vorübergehender Natur sind, gibt man täglich eine Messerspitze gepulverter Muscatnuss, ein Mittel, bei dessen Anwendung, wie Verf. sich in vielen Fällen, in denen das Methylenblau gegen neuralgische Zustände im Krankenhause Moabit gegeben wurde, überzeugt hat, diese Erscheinungen von Blasenreizung entweder überhaupt nicht auftraten oder rasch wieder vorübergingen.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

601. ***Die Behandlung der Unterleibsbrüche mit subcutanen Alkoholinjectionen.*** *Von Dr.* **A. Schmidt.** *(Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXIV. — München. med. Wochenschr. 1892.)*

Die im Jahre 1882 von *Schwalbe* eingeführte Behandlung wird neuerdings vom Verf. eindringlich empfohlen. Derselbe hat seiner Zeit in der Leipziger Klinik 10 in dieser Weise behandelte Fälle beobachtet, und er berichtet jetzt über weitere 9 Fälle, und zwar über 5 Nabelbrüche, einen Bauchwandbruch und 3 Leistenbrüche. Von den 9 Kranken sind 7 vollständig geheilt und bis jetzt geheilt geblieben, Resultate, die gewiss zu einer weiteren Prüfung des Verfahrens auffordern. Die Behandlungsmethode erfordert allerdings grosse Ausdauer sowohl von Seiten des Arztes wie der Kranken. Die Injectionen müssen unter sorgfältigster Beobachtung der Asepsis vorgenommen werden. Nachdem der Bruch reponirt ist, wird der Zeigefinger der linken Hand in den Bruchring gelegt und die möglichst scharfe Injectionsnadel unter Leitung des Fingers eingestochen und bis an die Stelle, wo man den Alkohol hinbringen will, vorgeschoben. Jetzt muss man zunächst einige Zeit beobachten, ob kein Blut aus der Nadel fliesst, um sicher zu sein, dass kein Blutgefäss angestochen ist. Darnach wird die 5 Ccm. haltende Spritze angesetzt und der Alkohol ganz langsam eingespritzt. Auf die Nabelbrüche kommt nach der Injection ein Heftpflasterverband, Kranke mit Leistenbrüchen müssen die erstere

Zeit der Cur (3—4 Wochen) im Bette durchmachen; das Tragen eines Bruchbandes nach den Injectionen wird vom Verf. verworfen. Die Stärke des einzuspritzenden Alkohols sei im Anfang 50 Procent und steige bis auf höchstens 80 Procent, die Menge betrage bei Kindern 1—2 und bei Erwachsenen höchstens 5 Ccm. In den ersten Tagen kann man täglich injiciren, später macht man längere Pausen. Unglückliche Zufälle kommen bei den Injectionen kaum vor. Ab und zu passirt es, dass man den Alkohol in die Peritonealhöhle spritzt, ein Zufall, der sich durch heftige Schmerzen anzeigt, aber ohne weitere Störungen in wenigen Stunden abläuft.

602. ***Ueber die Zerreissung der Harnblase.*** *Von Dr.* ***H. Schlange****, Berlin. (Arch. f. klin. Chir. XLIII, pag. 31. — Wien. med. Wochenschrift. 1892. 20.)*

Einem 34jährigen Manne rollte ein Rad eines schweren Arbeitswagens über die Unterbauchgegend; es traten alle Symptome einer Blasenruptur auf; da es unentschieden bleiben musste, ob eine intra- oder extraperitoneale Ruptur, oder gar eine Combination beider Formen vorlag, nahm Verf. vor Allem der Diagnose halber Sectio alta vor. Nun gelang es, einen circa 5 Cm. langen gezackten Riss an der Hinterwand der Blase, links neben der Prostata festzustellen; ein zweiter, etwas grösserer Riss fand sich am Scheitel der Blase, durch welchen ebenfalls blutiger Urin hervorquoll, ausserdem aber eine mehrere Zoll lange Dünndarmschlinge. Nun wurde der Schnitt bis zum Wirbel verlängert, die etwas gerötheten Gedärme mit sterilen Gazetupfern gereinigt, dann der Blasenperitonealriss mit Catgutnähten geschlossen, endlich die Bauchhöhle vernäht. Behufs Heilung des extraperitonealen Risses vereinigte Verf. die Blasenschleimhaut mit der äusseren Haut; dadurch bekam er einen bequemen Zugang zur Blasenhöhle, durch welche er die extraperitoneale Wunde mit Jodoformgaze tamponiren konnte. Dadurch, dass auch die ganze Blase mit Jodoformgaze locker angefüllt und das Ende dieses Tampons bei der vorderen Oeffnung herausgeleitet wurde, wurde der Urin permanent aufgesogen und nach aussen zu weitergefördert Der Verlauf war ein sehr günstiger und hatte der Patient nach einigen Monaten eine auch functionell normale Blase, so dass er den völlig klaren Urin sowohl halten, wie spontan in kräftigem Strahl entleeren konnte.

603. ***Ueber Massage und Mobilisirung bei Knochenbrüchen.*** *Von Dr.* ***Krecke****. (München. med. Wochenschr. 1892. 13. — Der prakt. Arzt. 1892. 5.)*

Die bisher in der Behandlung der Knochenbrüche herrschenden Grundsätze waren: Ausgleichung von etwa eingetretenen Verschiebungen und darnach Anlegung eines ruhigstellenden Verbandes. Es hat sich in dieser Beziehung unter dem Eindrucke der mit der Immobilisirung verbundenen Nachtheile — Gelenkverwachsungen und Muskelatrophien — eine Umwandlung der Anschauungen ausgebildet. Verf. hat dabei nicht die von *Bardenheuer* u. A. geübte Extensionsbehandlung im Auge, sondern eine von französischen Chirurgen angeregte Behandlungsmethode, welche er als die mobilisirende Methode unter Zuhilfenahme der Massage bezeichnet. Das Problem dieser Methode ist, die Knochen zu

immobilisiren, und die Muskeln, Sehnen und Gelenke zu mobilisiren. Es lässt sich kein bestimmtes Schema für die Art der Behandlung im einzelnen Falle aufstellen; vielmehr ist immer strenges Individualisiren am Platze. Von Wichtigkeit ist hier der Umstand, ob eine Verschiebung der Bruchenden, beziehungsweise nach deren Beseitigung die Neigung zur Wiederkehr vorhanden ist oder nicht, ob etwa Einkeilung der Fragmente eingetreten ist. Am häufigsten geben die in der Nähe der Gelenke sitzenden Knochenbrüche zu bleibenden Steifigkeiten Veranlassung, als deren Ursachen die Blutergüsse in die Gelenke und Sehnenscheiden, die Zerreissungen der Kapsel anzuschuldigen sind. Nach den neueren Erfahrungen ist die Massage zur Beseitigung dieser Blutergüsse bei Gelenkfracturen sehr geeignet, ohne dass eine Beeinträchtigung der Consolidation davon zu befürchten wäre. Manche Fracturen, insbesondere Malleolenbrüche, zeigen sogar keine Verschiebung oder nach Ausgleichung derselben so geringe Neigung, in jene wieder zu verfallen, dass man eines Verbandes entbehren und mit Bewegungsübungen und Massage ausgezeichnete Resultate erzielen kann. Bei anderen Fällen genügt eine Immobilisirung von wenigen Tagen, um den Wiedereintritt der Verschiebung zu verhindern; man beginnt dann sofort mit Bewegungen und Massage. Bei Brüchen am unteren Radiusende lässt sich die frühzeitige Mobilisation nicht so consequent durchführen wie bei den Malleolenfracturen wegen der Neigung der Bruchstücke zur Dislocation. Verf. hat hier, um beiden Indicationen gerecht zu werden, für acht Tage einen festen Verband angelegt, und dann, falls keine Verschieblichkeit mehr bestand, mit vorsichtigen activen Bewegungsübungen begonnen. Er verweist auch auf ein von *Oberst* zur Behandlung der Radiusfracturen angegebenes Verfahren, welcher den Verband ungefähr alle 4 Tage wechselt und bei dieser Gelegenheit Massage von Hand und Fingern und leichte Bewegungen übt. Nach zwölf Tagen kann meistens der Verband weggelassen werden. Bei bedeutendem Bluterguss nimmt *Oberst* Verbandwechsel und Massage sogar täglich vor, und muss in den ersten Tagen über den immobilisirenden Schienen eine Gummibinde applicirt werden. Verf. hält es für ausserordentlich wichtig, bei Radiusfracturen die Finger vom Verbande ganz frei zu lassen. Auch bei den eingekeilten Schenkelhalsfracturen und Brüchen am Humerushalse sei die immobilisirende Behandlung mit Erfolg anzuwenden. Besonders gelte dies aber für die Fracturen der Tubercula humeri. Für die Behandlung der letzteren hat sich ihm folgendes Verfahren bewährt: Der Arm wird für acht Tage in bis zur Horizontalen erhobener Stellung gelagert und darnach der Patient zu fleissigen Erhebungen des Schultergelenkes angehalten. Es macht nichts aus, wenn das Tuberculum schlecht oder mangelhaft anheilt, viel wichtiger ist es, dass die Beweglichkeit im Schultergelenk keine Einbusse erleidet. Bei der Behandlung der Patellarfracturen liege die Hauptbedingung für ein gutes Resultat in der Verhütung der Atrophie des M. quadriceps. Nach den bisherigen Erfahrungen scheine es, dass die Massage hier mindestens ebensoviel leiste wie die blutige Naht. Gegenüber diesen besprochenen Fällen gebe es aber eine Reihe von Fracturen des Femur, des Humerus, beider

Vorderarm- und beider Unterschenkelknochen, in welchen die mobilisirende Methode keinen Erfolg verspricht, da nach Weglassung des Verbandes sich immer wieder leichte Verschiebung einstelle. Man hat für diese Fälle eine Verbindung der mobilisirenden Methode mit der immobilisirenden vorgeschlagen in der Weise, dass nach acht Tagen der Verband über den Gelenken durchgeschnitten wird und Bewegungen der Gelenke vorgenommen werden. Verf. betont die Nothwendigkeit einer strengen Auswahl der geeigneten Fälle und genaue Ueberwachung, um jede kleinste Verschiebung sofort corrigiren zu können.

604. ***Zur vesicalen Operation der Blasencervixfistel.*** *Von Prof.* ***Ludwig Kleinwächter.*** *(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIII. Heft 2.)*

Verf. bekam eine 30jährige Frau mit einer Blasenscheidenfistel in Behandlung, die einen Croup der Vagina und Blase zeigte. Nur unter grosser Mühe gelang es, mittelst heisser Sublimatirrigationen die Croupmembranen zur Abstossung zu bringen. Die Blasenfistel, etwa so gross, dass die Fingerspitze eingelegt werden konnte, lag hoch oben und wurde deren oberer Rand durch einen schmalen Rest der vorderen Muttermundslippe gebildet. Dabei war das obere Scheidendrittel durch Narbenzüge stark verengt. Eine vorbereitende *Bozemann*'sche Behandlung (Dehnung der Narben mittelst eingelegter Kugeln) vertrug die Kranke nicht. Es wurde die Fistel zweimal zu verschliessen gesucht, doch misslang die Operation. Dabei ging der Rest der vorderen Muttermundslippe verloren. Der Plan, die Cervix von der Blase abzulösen und dann die Blasenwunde zu verschliessen, liess sich nicht durchführen, da die Vagina im obersten Abschnitte zu sehr narbig verengt war und eine neuerliche *Bozemann*'sche Dilatationsbehandlung der Narben von der Kranken abermals nicht vertragen wurde. Nun wurde die Kolpokleusis im Fundus vaginae vorgenommen und diese gelang. 8 Monate später kam die geheilt entlassene Kranke wieder zurück. Sie befand sich zu Hause nur so lange wohl, als sie noch nicht wieder menstruirte. Sobald letzteres eingetreten war und das Blut per urethram abging, trat eine derartige Blasenreizung ein, dass die Kranke die Schmerzen nicht ertragen konnte. Diese Blasenreizung, anfangs auf die Dauer der Menstruation beschränkt, wurde später continuirlich. Die Kranke verlangte Abhilfe. Eine medicamentöse Behandlung war erfolglos, ebenso erfolglos waren die Bemühungen, mittelst medicamentöser Blasenausspülungen die Schmerzen zu beseitigen. Die Blase befand sich in fortwährender hochgradiger Contraction. Verf. machte die Laparotomie und berichtigte die Blase. Er fand letztere klein bienengross und ungemein contrahirt, gleichzeitig ihre Wandungen verdickt. Es zeigte sich, dass der Versuch, die Blase von aussen her zu eröffnen und die Blasenfistel von oben her zu verschliessen, nicht gelingen werde. Darauf entfernte er die Ovarien. Nun verschloss er die Bauchwunde und zog einen Schnitt knapp unterhalb des Wundwinkels beginnend bis zur Symphyse hin. Er drang im subperitonealen, prävesicalen Raume in die Tiefe, bis er zur Blase kam. Er spaltete die Blase der Länge nach etwa 2 Centimeter in die Länge und tastete die Blase aus. Er fand sie bedeutend verkleinert, fest contentirt. Wohl fühlte er von oben her die Fistel-

öffnung, doch war es unmöglich, sie von ihr aus zu verschliessen. Nun schloss er die Blasenöffnung bis auf eine kleine Oeffnung, in die ein Drainrohr zu liegen kam. Diese Operation hatte den Zweck, die Blase eine Zeit lang offen zu erhalten, um dieselbe zu entlasten und die Reizbarkeit derselben dadurch zu beheben. Die Laparotomiewunde heilte per primam intentionem, trotzdem es zu einer Diphtheritis der Blase kam. Die Kranke hielt die angeordnete Seitenlage nicht ein, wodurch nicht aller Harn abfloss, der Rest derselben sich zersetzte und die Blasenwunde inficirte. Ein Theil der Blasenmucosa wurde ausgestossen. Schliesslich trat Heilung ein, die Blasenwunde verkleinerte sich. Die Kranke ging aber früher heim, als die Blasenöffnung noch einen Durchmesser von 1—1½ Millimeter hatte. Bei der Entleerung zeigte sich das Blasenlumen bedeutend verkleinert. Die Castration hatte den Zweck, die Menstruation und dadurch den immer wiederkehrenden Reiz auf die Blase zu beheben. *K.—*

605. ***Eine bestimmte Sterilitätsursache und deren Behandlung.*** *Von* ***W. P. Manton*** *Detroit, Michigan. (Amer. Journ. of obstetr. April-Heft 1892, pag. 493.)*

Die häufigste Ursache der Sterilität liegt (abgesehen von Abnormitäten der Sexualorgane) in einem entzündlichen Zustande der Uterusmucosa. Bei Weibern, die einmal früher geboren oder abortirt haben, hängt dieser entzündliche Zustand mit der vorangegangenen Geburt, respective dem früheren Abort zusammen. Bei Weibern, die noch nicht geboren haben, namentlich bei Jungverheirateten, hängt die Alteration der Mucosa mit einem uterinalen Sacke noch von der Mädchenzeit her zusammen. Häufig rührt er von den Flitterwochen her. Die ungewohnte sexuelle Aufregung und die zu häufig stattfindende Cohabitation erzeugen eine gewisse Hyperämie und Catarrh des Endometriums. Es besteht ein Fluor, dem bald Kreuzschmerzen und Blasenirritation folgen, zuweilen tritt auch Tenesmus von Seite des Rectums ein. Gastrische Erscheinungen, nervöse Kopfschmerzen, Dysmenorrhoe, Menorrhagien kommen später noch nach. Objectiv findet man die Cervix mehr oder weniger erweicht, das Orificium externum geröthet, entzündet und den Cervicalcanal durch einen Schleimpfropf verlegt. Sondirt man, so stösst man an einer Stelle des Orificium internum auf eine excessive Schmerzhaftigkeit. Ebenfalls sehr empfindlich ist die Berührung des Corpus mucosum mit der Sonde. Nach Entfernung der Sonde gehen einige Blutstropfen ab. Der Cervicalschleim ist erhöht alkalisch, der Vaginalschleim erhöht sauer. Das Nichteintreten der Conception beruht darauf, dass sich das Ovum in der erkrankten Mucosa nicht gut implantiren kann und sich die Decidua nicht gehörig zu bilden vermag, weiterhin behindert der Schleimpfropf in der Cervix den Eintritt der Spermazellen. Ueberdies sterben diese im hochgradig saueren Vaginalsecrete sehr bald ab. Die Therapie besteht in dem Bemühen, die Uterusmucosa zu ihrer normalen Beschaffenheit zurückzubringen. Dazu sind viele Monate nöthig. Man muss die Cervix dilatiren, eventuell den Uterus excochleiren, dann Jodkaliglycerinwattetampons einlegen, Jodbepinselungen vornehmen, die Vagina mit alkalischen Solutionen ausspülen, um das hypersaure Secret zu neutralisiren u. dergl. m.

Ausserdem ist die Darmfunction zu regeln, das Allgemeinbefinden zu heben, wenn nöthig muss das alterirte Nervensystem roborirt werden. Zu diesem Behufe muss zuweilen allgemein faradisirt und massirt werden. Zum Schlusse seiner Arbeit theilt Verf. zwei Krankengeschichten mit. In diesen beiden Fällen gelang es Verf., die bestehende Sterilität vollkommen zu beheben. Therapeutisch ging er hier in der eben erwähnten Weise vor. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

606. ***Zur Casuistik der Fremdkörper im Ohre.*** *Von Dr.* ***Hrubesch****. Aus d. 50. Jahresberichte d. St. Josef-Kinderspitales in Wien, 1892.*

Ein 4½jähriger Knabe wird mit der Angabe vorgestellt, dass er einen Kukuruzkern (Maiskorn) im rechten Ohr gehabt habe, welcher ihm aber bereits entfernt worden sei; trotzdem leide er an heftigen Schmerzen und Fieber. Die Untersuchung ergab Schwellung und Verengerung des äusseren Gehörganges mit reichlicher Absonderung dicklichen Eiters; nach Entfernung des letzteren eiterige Mittelohrentzündung, grosse Perforation im unteren Abschnitte des Trommelfelles, zahlreiche Granulationen auf dem Trommelfell und am Promontorium. Verf. verordnete Ausspritzungen des Gehörganges und Einträufelungen von Borspiritus dreimal täglich. Nach einigen Tagen war die Schwellung der Gehörgangswände bedeutend zurückgegangen; bei der Inspection bemerkte Verf. innerhalb vom oberen Perforationsrand einen gelblichweissen convexen Körper, der sich etwas zur Perforationsöffnung herausdrängte und bei Berührung mit der Sonde in das Trommelhöhlendach verschwand. Von einem Fassenkönnen mit der Pincette war keine Rede. Die Vermuthung, dass es sich um ein halbkugelförmiges Stück der harten Schale des Kukuruzkernes handle, bestätigte sich in der Folge, als es gelang, dasselbe durch Injection eines Wasserstrahles in das Dach der Trommelhöhle mittelst der *Hartmann*'schen Canüle in den äusseren Gehörgang zu treiben, wo es sich mit der Pincette leicht fassen und entfernen liess. Es erfolgte dann in kurzer Zeit Remission der Schmerzen und Ausheilung der Mittelohrentzündung mit Zurücklassung einer trockenen Perforation. *r.*

607. ***Zur Behandlung der Tuberculose der Harnblase.*** *Von* ***Petit****. (Semaine méd. 1892. 11. — Therap. Monatsh. 1892. 4.)*

Zur Einspritzung in die Blase verwendet Verf. folgende Mixtur:

Rp. *Jodoformii 20·0,*
Glycerini 10·0,
Aq. dest. 6·0,
Tragacanthae 0·25.
S. Aeusserlich.

Ein Kaffeelöffel voll der vorstehenden Flüssigkeit wird mit 150 Grm. lauwarmem Wasser, dem 10 Tropfen Tinctura Opii crocata beigegeben, vermischt. Hierauf wird das Ganze mittelst geeigneter Spritze durch einen vorsichtig in die Blase eingeführten Gummi-

catheter injicirt. Man spritzt langsam ein und lässt, nachdem die Flüssigkeit zwei Minuten in der Blase verweilt hat, ungefähr die Hälfte wieder durch den Catheter abfliessen. Darauf wird derselbe entfernt und die andere Hälfte der injicirten Flüssigkeit möglichst lange vom Pat. in der Blase zurückgehalten. Diese Einspritzungen verursachen keinen Schmerz; sie sind zweimal in der Woche zu wiederholen.

608. ***Schnupftabak als Ursache einer acuten Mittelohreiterung.*** *Von Dr.* **Haug,** *München. (Arch. f. Ohrenhk. XXXII. 2. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 41.)*

Ein Nichtschnupfer bekam durch eine gelegentlich genommene Prise heftigen Niessreiz, dem er bei geschlossenem Munde nachzugeben genöthigt war. Bald darauf entwickelte sich ein regulärer Mittelohrcatarrh, ohne Betheiligung des Nasopharynx. In dem durch die Paracentese gewonnenen Secrete fanden sich veritable Schnupftabakkörner. Verf. erwähnt einen ähnlichen von *Kessel* beschriebenen Fall. Man muss diese Fälle zu den seltenen traumatischen (Fremdkörper-) Otitiden rechnen, bei denen das Corpus alienum und mit ihm zugleich Mikroorganismen durch die Tube in die Paukenhöhle gelangt sind. Die Möglichkeit des Eindringens war hier durch eine unwillkürliche Nachahmung des *Valsalva*'schen Versuches (Niesen bei geschlossenem Munde) gegeben. Verf. betont den Werth solcher Beobachtung für die Einschränkung des *Politzer*schen Verfahrens.

609. ***Wann und nach welcher Methode muss man bei der Hypertrophie der Mandeln operiren?*** *(Revue de Laryngologie. 1892. — Med. Neuigkeit. 1892. 22.)*

Die im Titel genannte Frage wurde in der medicinischen Gesellschaft zu New-York einer eingehenden Discussion unterworfen. Nach *M. Morris J. Asch* drückt sich das Uebel häufig in der Physiognomie des Kindes aus; er ist der Ansicht, dass die Behinderung der Athmung ebensowohl die psychische wie die physische Entwicklung hemmen könne. Einer der Hauptgründe, welche ihn zur Operation bestimmen, ist das nächtliche Schnarchen. Die Hypertrophie der Mandeln kann eine Otitis im Gefolge haben; es besteht ferner, wahrscheinlich auf Grund der Nasenathmung, die Neigung zu Diphtherie. Es kann auch zu Schwierigkeiten des Schluckens kommen. Es gibt hauptsächlich zwei Operationsmethoden, die Entfernung mit dem Messer und mit der Glühhitze. Gegenwärtig wendet man am häufigsten die Elektropunctur und die Elektroexcision an. Die Elektropunctur erfordert zu viele Sitzungen und zu viel Zeit. Manchmal wird auch die galvanocaustische Schlinge angewendet. Die Entfernung mit dem Messer oder Tonsillotom ist eine äusserst gefährliche Operation mit Rücksicht auf die Möglichkeit eines abnormen Gefässverlaufes, wodurch sehr bedenkliche Blutungen entstehen können. Unter den schneidenden Instrumenten gibt Redner dem Tonsillotom nach *Mackenzie* den Vorzug. Er lässt sich nicht zur Operation bestimmen, wenn die Mandeln lediglich zu voluminös sind, sondern nur bei Behinderung der Athmung, häufigen Anfällen von Diphtherie oder Gehörsstörungen. *M. O. B. Douglas* betont, dass die geschwollenen Mandeln nicht immer hypertrophisch seien; sie können auch einfach ent-

zündet oder im Zustande der Congestion sein. Anstatt sie unter allen Umständen zu entfernen, versucht er deshalb zunächst, sie durch adstringirende Mittel etc. zu verkleinern, oder wenn eine entfernte Ursache existirt, beginnt er mit der Behandlung dieser. Häufig sei ein Zusammenhang mit Nasenaffectionen, welche man beseitigen müsse. Nur wenn Athmungsbehinderung, Schluckbeschwerden vorhanden, solle man operiren. *M. Knight* ersetzt die Excision durch die Galvanopunctur nur unter vier Bedingungen: 1. wenn er abnormen Gefässverlauf constatirt; 2. wenn die Mandeln diffus geschwollen, vielleicht mit den Gaumenbögen verwachsen sind und mit dem Tonsillotom nicht leicht gefasst werden können; 3. bei Hämophilie; 4. wenn der Patient absolut die Vornahme der Tonsillotomie verweigert. Die galvanocaustische Schlinge kann angewendet werden, wenn der Patient bereit ist, heftigeren Schmerz zu ertragen. *M. Jacobi* fühlt sich versucht, die Stupidität, welche durch die Athmungsbehinderung entsteht, auf den Zusammenhang der Ganglien des Pharynx und der Schädelhöhle zurückzuführen, indem die letzteren secundär befallen werden und einen directen Einfluss auf die Function und Entwicklung des Gehirns ausüben. Nach *M. Agramonte* müsse man dann operiren, wenn die hypertrophischen Mandeln Athembeschwerden verursachen oder der Entstehung von acuter Tonsillitis oder Diphtherie Boden geben. Aber man müsse sich jederzeit auf eine Blutung gefasst machen und vor der Operation mit dem Finger die Mandeln auf das Vorhandensein von Pulsationen prüfen. Redner hat wiederholt durch die Tonsillotomie folliculäre Tonsillitis und Diphtherie bei Erwachsenen zum Stillstand kommen sehen.

610. ***Embolie der Arteria tempor. sup. retinae.*** *Von Dr.* ***M. Feuer****. Demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte zu Budapest. (Pest. med.-chir. Presse. 1892. 23.)*

Die 22jährige Pat., mit einer Bicuspidalinsufficienz behaftet, bekam, während sie eine Nähmaschine auf den II. Stock expediren half, Herzklopfen. Eine halbe Stunde darauf bemerkte sie, dass sie mit der unteren Hälfte des rechten Auges nicht sieht und dass sie ihren Blick, wenn sie den unteren Theil der Gegenstände sehen will, nach abwärts senken muss. Die Untersuchung (3 Tage darauf) ergab normalen Visus und normale Refraction, nur fehlte die untere Hälfte des Gesichtsfeldes. Beim ersten Blick in den Spiegel hat es den Anschein, als hätte sich der obere Theil der Retina abgelöst, bald wird man aber entlang den Gefässen eine weisse Trübung gewahr, die sich bis zur Macula lutea erstreckt, in der medianen Richtung aber verschwindet. Neben der Pupille befindet sich ein kleines, rauchförmiges Exsudat und eine kleine Blutung. Der obere Zweig der Arteria temp. scheint wie abgehackt, es ist eben eine Embolie vorhanden. Man könnte auch an eine Blutung in die obere Opticusschichte denken, doch dies erklärt den Mangel des unteren Gesichtsfeldes ebensowenig wie das hier vorhandene Oedem der Netzhaut, das nur eine Folge von Circulationsstörungen sein kann. Eine Heilung durch Collateralcirculation ist nicht ausgeschlossen, eine Besserung ist schon im Zuge.

Dermatologie und Syphilis.

611. ***Ueber Dermatol.*** *Von Dr. Stierlin, Secundararzt der chirurg. Klinik Zürich. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1892. 7. — Therap. Monatsh. Mai 1892.)*

Seit April 1891 hat Verf. mit dem neuen Mittel Versuche angestellt. Nach seinen sich auf mehrere Hunderte von Verbänden stützenden Beobachtungen hat er sich davon überzeugt, dass dem Dermatol die toxischen Eigenschaften des Jodoforms abgehen. Trotzdem, dass er ausgedehnte Geschwürsflächen dick mit Dermatol einpuderte, sah er niemals das geringste Symptom einer Vergiftung. Ferner sah Verf. beim Gebrauche des Dermatols niemals locale Irritation der Haut, wie sie sich bei Application von Jodoform gar nicht selten in Gestalt bullöser Eczeme äussert; dagegen hat er diese lästigen Jodoformexantheme durch Aufstreuen von Dermatolpulver (verbunden mit täglichen Localbädern) auffallend rasch verschwinden sehen. Indem Verf. anfänglich Dermatol ohne Auswahl in allen möglichen kleineren Wunden einstreute, überzeugte er sich bald davon, dass die infectiös-eiterigen Wunden von dieser Behandlung durchaus auszuschliessen seien. Das Dermatol bildet nämlich mit den Wundsecreten einen sehr festen und dichten Schorf, unter welchem bei Panaritien und kleinen inficirten Wunden oder Furunkeln, so lange dieselben noch eiterig secerniren, Verhaltungen von Eiter zu Stande kommen. Man lege überhaupt über eine mit Dermatol bestreute Wunde niemals Watte direct, sonst verfilzt sich dieselbe so mit dem Schorf, dass die Entfernung des Verbandes schwer gelingt. Verf. schiebt gewöhnlich zwischen Watte und Dermatol ein Stückchen mit Sublimat befeuchteter Gaze ein. In dieser Weise applicirt, hatte das Dermatol recht gute Erfolge, wo es auf adstringirende und namentlich aufsaugende, trocknende Wirkung ankam, das heisst bei kleinen, unregelmässigen, nicht septischen Wunden, namentlich an den Extremitäten, Quetsch- und Risswunden in Folge von Maschinenverletzung. Ueberraschend schnell heilten unter Dermatolschorf vollständig zu die Wunden nach Extraction eines eingewachsenen Nagels. Verbrennungen zweiten Grades mit Blasenbildung heilen nach Eröffnung der Blasen und Bestreuung mit Dermatolpulver ungemein rasch. Ebenso heilten grosse Unterschenkelgeschwüre bei ambulanter Dermatolbehandlung verhältnissmässig rasch. Bei tuberculösen Geschwüren und Fisteln hat Verf. das Mittel nie applicirt, da es von *Powers* bei derartigen Processen für nutzlos befunden worden ist. Schon aus diesem Grunde erhellt, dass die beiden Darsteller des Dermatols *(Heinz* und *Liebrecht)* ihr Ziel, ein Ersatzmittel für das Jodoform zu finden, welches dessen schätzbare, nicht aber dessen schädliche Eigenschaften besässe, nicht ganz erreicht haben; denn die unzweifelhafte antituberculöse Wirkung des Jodoforms allein macht uns diesen Körper schon unentbehrlich. Andererseits empfiehlt Verf. die Anwendung des Dermatols im Rahmen der oben genannten Indicationen, in deren Bereich es das Jodoform an Wirksamkeit erreicht oder übertrifft, ohne dass jemals eine schädliche Nebenwirkung hervortritt.

612. ***Ueber die Wirkung des Blutserums des Schafes auf Syphilis.*** *Von* **P. L. Tommasoli.** *(Gazetta degli ospitali. 1892. 5. März. — Oesterr.-ungar. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 12.)*

Blutserum des Schafes wurde durch 24stündige Behandlung des Blutes mit Eis gewonnen, steril gemacht und täglich unter antiseptischen Cautelen in die Tiefe der Nates injicirt. Je nach den einzelnen Fällen injicirte man das Quantum von nicht weniger als zwei und nicht mehr als 8 Ccm. und nach jeder Einspritzung wurde die Injectionsstelle massirt. Von den 6 behandelten Kranken waren 5 mit secundärer Syphilis (feuchten, erodirten, vegetativen, squamösen und schorfbildenden Papeln) an den verschiedensten Körpertheilen behaftet, während der sechste nach überstandener intensiver Roseola und einem Syphilom an einer Periostitis des linken Malleolus etc. litt. Den Kranken wurde, wenn es irgendwie anging, zweimal eine mittelstarke Dosis auch nach Beseitigung der specifischen Symptome injicirt; nur bei einer Kranken musste man bis zur Höhe von 13 Injectionen schreiten. Als Resultat dieser Behandlung beobachtet man fast constant erst nach den ersten drei Einspritzungen eine allgemeine und eine örtliche Reaction. Diese besteht in einer tiefliegenden und beim Druck schmerzhaften Induration an der Injectionsstelle, die je nach der Menge des injicirten Serums und nach der Constitution des Individuums mehr oder weniger voluminös ist. Die allgemeine Reaction bekundet sich durch eine leichte Fieberhaftigkeit, die fast regelmässig an jedem Abend des Injectionstages sich entwickelt und mit anderen Symptomen allgemeinen Krankheitsgefühles verbunden ist, sich aber am folgenden Vormittag bereits verzogen hat. Die Dauer der Induration erstreckte sich auf einige bis acht Tage und ebenso lange hielt die Schmerzhaftigkeit derselben an. In zwei Fällen bildete sich auf der ganzen Seite der Injectionsstelle ein erythemartiges Exanthem, das erst am neunten Tage nach der Einspritzung unter Temperaturerhöhung zum Vorschein kam und, nachdem bereits eine erhebliche Besserung desselben eingetreten war, von Neuem über den ganzen Körper recidivirte und fünf Tage andauerte. Ob diese Reactionserscheinungen auf dem Serum per se oder in unreinen Beimengungen desselben beruhten, kann Verf. nicht mit Bestimmtheit angeben — Sehr wahrscheinlich dürfte die letztere Ursache die geltende sein. Sieht man aber von diesen Nebenerscheinungen ab, so resultirte aus dem Erfolge bei den sechs behandelten Fällen, dass sämmtliche specifische Formen mit solcher Schnelligkeit beseitigt wurden, dass keine andere Behandlungsmethode mit Einschluss aller Arten von subcutaner Injection derartige Erfolge aufweisen kann. Man muss noch fragen, ob die Anwendung des Blutserums vom Schafe oder von einem anderen gegen Syphilis immunen Thier nicht nur die Syphilis beim Menschen heile, sondern auch Immunität bei ihm erzeuge. Zur Entscheidung dieser Frage wird es jedenfalls noch vieler Beobachtungen bedürfen.

613. ***Geschwüre in der Emin Pascha-Befreiungsexpedition.*** *Von* **Th. H. Parke.** *(The Lancet. 1891. December. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 675.)*

Verf. theilt mit, dass bei der Emin Pascha-Befreiungsexpedition die farbigen Träger und auch etliche weisse Officiere viel an

Geschwüren zu leiden hatten. Bei den durch Hunger, Strapazen und den Schrecknissen des Urwaldes auf's Aeusserste entkräfteten Menschen führte jede kleinste Continuitätstrennung der Epidermis zu einem rapid um sich greifenden Verschwärungsprocess. In den schweren Fällen erinnerte das Krankheitsbild vollkommen an Hospitalbrand. Die Krankheit ergriff Haut und subcutanes Gewebe, die rasch verschwanden; die Muskelscheiden wurden freigelegt, dann auch die Muskeln zerstört. Nerven und Arterien fielen, wenn auch langsamer, ebenfalls dem Untergange anheim und schliesslich wurde auch der Knochen angegriffen, dessen oberflächliche Schichten sich abstiessen. Durch die äusseren Umstände war die Behandlung sehr erschwert. Sobald die Leute sich aber durch Ruhe und reichliche Nahrung erholen konnten, heilten die Geschwüre unter einfacher Behandlung rasch und vollständig. Kalium hypermanganicum in schwacher Lösung wirkte günstig; bei den tief erodirten Geweben war Acid. carbol. pur. durch seine caustische Wirkung von hervorragendem Nutzen. Es schied sich dadurch bald todtes und lebendes Gewebe und letzteres bedeckte sich schnell mit gesunden Granulationen und vernarbte mit Hinterlassung einer Depression, bei Weissen auch mit einer Pigmentirung. Die Geschwüre schmerzten so wenig, dass die daran Leidenden, auch wenn sie an den unteren Extremitäten erkrankt waren, beständig mitmarschiren konnten. Diese geringe Schmerzhaftigkeit beruhte auf der frühen Zerstörung der Endigungen der Empfindungsnerven durch den geschwürigen Process.

614. ***Zur Theorie der primären Todesursache bei Verbrennungen.*** *Von Dr.* **S. Lustgarten.** *(Wien. klin. Wochenschr. 1891. 29. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 672.)*

Verbrennungen mit weisser Schorfbildung rufen trotz des relativen Wohlbefindens unmittelbar nach der Verbrennung doch nach Stunden oder Tagen Erscheinungen hervor, die über kurz oder lang zum letalen Ende hinüberleiten. Die Unruhe, die tiefe und krampfartige Inspiration, das Irrereden und Erbrechen, endlich das Schluchzen gehen in lähmungsartige Zustände über, um einem Sopor Platz zu machen, der dann den Tod herbeiführt. Verf. leitet diese Erscheinungen von einer Intoxication ab und glaubt, dass unter dem Schorfe und in demselben sich ein muscarinartiges Gift entwickelt, welches die erwähnten Symptome hervorruft. Bei dem Antagonismus, der zwischen Muscarin und Atropin besteht, müsste Atropin sich therapeutisch bewähren und thatsächlich ist es auch Verf. gelungen, eine Pat., welche Erbrechen, also ein sehr ominöses Symptom, dargeboten hatte, durch Atropininjection durchzubringen. Aus dieser Auffassung ergeben sich noch andere wichtige Massregeln: Verhinderung der Bacterienwirkung im Schorfe durch Anwendung antiseptischer Mittel; Entfernung der Schorfe und Trockenlegung der Brandwunden durch hygroskopische Pulververbände.

615. ***Einige wichtige Punkte in der Technik der Enthaarung mittelst Elektrolyse.*** *Von Plym.* **S. Hayes.** *(The Times and Register. 14. Nov. 1891. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 680.)*

Verf. empfiehlt bei der elektrolytischen Zerstörung von Haaren möglichst dünne Nadeln zu benutzen. Die Spitze derselben soll nicht scharf, sondern eher stumpf, hemisphärisch sein und die

ganze Nadel biegsam und nicht brüchig. Man gibt den Nadeln die letztere Eigenschaft dadurch, dass man ein Glasrohr von ungefähr $1/4$ Zoll im Durchmesser, in das man die Nadel eingeführt hat, in der Flamme bis zur Rothgluth erhitzt und dann erkalten lässt. Nun ist die Nadel so schmiegsam geworden, dass man sie im rechten Winkel biegen und wieder strecken kann, ohne dass sie zerbricht. Für den Gebrauch bei der Elektrolyse ist sie noch starr genug. Es ist vortheilhaft, für die Batterie Zellen mit möglichst grosser Plattenoberfläche zu gebrauchen. Die Stromleiter sollen nur geringen Widerstand bieten, die Verbindungen gut sein, die positive Elektrode gross. Alles, was den Widerstand erhöht, wie Rheostat und Galvanometer, soll aus dem Strome weggelassen werden. Bei der Operation selbst ist es vortheilhaft, zuerst die Nadel etwas einzuführen und den Strom wirken zu lassen, dann das Haar zu entfernen, ehe die Nadel die Papille erreicht und der Strom sie zerstört hat, und nun die Nadel wieder einzuführen, die nun leicht in den vom Haar und dessen Wurzelscheiden befreiten Follikel gleitet. So wird die Papille sicherer zerstört und damit ein grösserer Procentsatz von Haaren dauernd beseitigt.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

616. ***Ein Fall von luetischer Erkrankung der linken Coronararterie des Herzens.*** *Von Dr.* **P. Palma.** *(Prag. med. Wochenschr. 1892. 6. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 22.)*

Ueber Fälle von Gefässerkrankungen an den Extremitäten oder an den Brust- und Unterleibsorganen, welche durch Syphilis bedingt sind, berichten *Kussmaul* und *Mayer, Chvostek* und *Weichselbaum, Ehrlich, Balzer, Birch-Hirschfeld.* Bei einem 39jährigen Manne war unter Erscheinungen einer Pneumonia fibrinosa rasch der Tod eingetreten. Die Obduction ergab zahlreiche Zeichen der Lues. Das Herz erschien vergrössert, namentlich in seiner linken Hälfte; an der vorderen Wand des linken Ventrikels nahm man eine Ausbuchtung wahr, der entsprechend die Wand auf 3 Mm. verdünnt erschien. Die Musculatur war hier von einem starken Bindegewebe ersetzt. Die Herzklappen und die Intima aortae normal und zart, die rechte Coronararterie war durchgängig, der Ramus descendens jedoch der linken Coronararterie war auf einer 1 Mm. langen Strecke vollkommen undurchgängig. Ferner bestand Orchitis gummosa sin. Der Degeneration des Herzmuskels entsprach eine myomalacische Schwiele.

617. ***Die Bedeutung der Milz für die Immunisirung des Organismus.*** *Von* **Tizzoni** *und* **Pattani.** *(Riforma med. 1892. 554. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 20.)*

Tizzoni's und *Pattani's* Versuche über den Tetanus lehrten, dass dem Blutserum immun gemachter Thiere immunisirende Kraft innewohne. Es lag daher der Gedanke nahe, dass den hämatopoetischen Organen die Aufgabe zufalle, die eingeführten Producte des Bacteriengiftes soweit zu verändern oder zu conserviren, dass sie

mit dem Blutserum, in einen zweiten Thierorganismus eingeführt, daselbst ihre immunisirende Kraft entfalten können. Um zu sehen, ob dieser Gedankengang stichhältig sei, versuchten die Verff. bei Kaninchen die Milz zu exstirpiren und dann ihr Verhalten dem Tetanusgift gegenüber zu studiren. Nach dem von ihnen früher angegebenen Verfahren wurden sowohl gesunde Kaninchen immun zu machen gesucht, als auch solche, denen vorher die Milz exstirpirt worden war. Es zeigte sich hierbei, dass bei den letzteren durch die Injectionen keine Immunität erzielt worden war. Diese Untersuchungen bestätigten die aprioristisch aufgestellte Annahme und sind andererseits von grosser Bedeutung für die Auffassung des Verhaltens der Milz bei Infectionskrankheiten. In physiologischer Hinsicht zeigen sie weiters, dass der Milz ein Einfluss auf die Zusammensetzung des Blutserums zuzuschreiben ist, besonders auf den Gehalt desselben an chemischen Fermenten. Da die Versuche immer gleich ausfielen, mochte kurze oder lange Zeit nach der Milzexstirpation verstrichen sein, so muss angenommen werden, dass für die Function der Milz in Bezug auf die Zusammensetzung des Blutserums kein anderes Organ vicariiren kann, so leicht auch die Function der Milz bezüglich der Blutregeneration vom Knochenmark übernommen werden kann.

618. ***Die Entstehung und Bedeutung des gespaltenen zweiten Herztones.*** *Von Dr.* **Dehio**. *(St. Petersburg. med. Wochenschr. 1891. 32. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 21.)*

Verf. hält in Uebereinstimmung mit allen Autoren, die sich bisher mit der Spaltung des zweiten Herztones beschäftigt haben, für erwiesen, dass dieselbe durch das ungleichzeitige Zuschlagen der Aortenklappen einerseits und der Pulmonalkörper andererseits erzeugt wird. Die Spaltung des zweiten Tones, von der Verf. spricht, ist nicht zu verwechseln mit Vervielfältigungen der normalen Herztöne, wie sie bei Herzkrankheiten, speciell bei Mitralstenose, wahrgenommen werden. Bei der Spaltung des zweiten Tones folgen die beiden Spalttöne rasch aufeinander und haben den hellklingenden Charakter des normalen Tones. Sie sind über der Aorta oder über der Pulmonalis am lautesten, an der Herzspitze leiser; ihr Auftreten ist häufig abhängig von den Athmungsphasen. Es kommt diese Spaltung sowohl bei gesunden Herzen, als auch bei Herzkrankheiten vor. Verf. hat nun Untersuchungen angestellt, auf welcher Ursache der ungleichzeitige Klappenschluss und somit die Spaltung des zweiten Tones beruht. Er kommt zu dem Schlusse, dass dieselbe durch die zu Ende der Inspiration und zu Anfang der Exspiration vorhandene stärkere Füllung des rechten Ventrikels und die damit verbundene Erschwerung der Arbeit und Verlängerung der Contraction dieses Ventrikels verursacht wird. Wenn bei gesunden Herzen die Spaltung bemerkt wird, so zeigt dies, dass auch das gesunde Herz aussergewöhnlichen Anstrengungen nur bis zu einem bestimmten Grade gewachsen ist und dass eines der ersten Anzeichen der Ueberlastung desselben in der Spaltung des zweiten Tones bestehen kann. Es berechtigt daher das Vorhandensein einer Spaltung bei sonst gesunden Menschen zu dem Schlusse, dass der Leistungsfähigkeit des Herzens und besonders des rechten Ventrikels nicht getraut werden darf,

weil es sich um ein nicht sehr muskelkräftiges Herz handeln dürfte. Die Spaltung des zweiten Tones bei Herzklappenfehlern ist häufig durch Verspätung des Pulmonalklappenschlusses verursacht und durch Drucksteigerung im kleinen Kreislauf bedingt.

619. ***Fehler der Bestimmung der Phosphate im Harn.*** *Von* **Oliviero**. *(La méd. moderne. 1892.)*

In der Société de Biologie unterwarf Verf. die gebräuchliche Untersuchungsmethode der Harnphosphate einer scharfen Kritik und zeigte die Fehlerquellen derselben. So wies er nach, dass bei der Trennung von Alkali und Erdphosphaten der Vorgang folgender sei: Der Harn wird mittelst Ammoniak alkalisch gemacht und dann filtrirt, die Erdphosphate bleiben am Filter haften und der durchlaufende Harn enthalte nur die Alkaliphosphate. Verf. weist nach, dass dieser Vorgang ein ganz incorrecter ist; das Ammoniak nehme den Platz neben den Erdbasen, Magnesia oder Kalk ein und es bildet Ammoniakmagnesiaphosphate; in der Weise wird ein Theil der Phosphorsäure der erdigen Phosphatsalze zu einem Alkaliphosphat. Andererseits wird der freies Magnesia enthaltende Harn bei obigem Verfahren durch Abspaltung der Phosphorsäure von seiner Alkaliverbindung mit der freien Magnesia sich verbinden und dadurch die Alkaliphosphate geringer erscheinen. Es hat dies grosse Irrthümer zur Folge, deren sich viele Experimentatoren nicht bewusst sind und deren Untersuchungsresultaten schadet. *Dr. Sterk,* Wien-Marienbad.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

620. ***Ueber „geschlechtliche Hörigkeit“ und Masochismus.*** *Von* **v. Krafft-Ebing.** *(Jahrb. f. Psychiatr. Bd. X. Heft 2. — Med. Neuigkeit. 1892. 21.)*

Mit dem Namen der „geschlechtlichen Hörigkeit“ bezeichnet Verf. eine Abhängigkeit des einen Geschlechtes von dem anderen, die jenes, gleichsam physiologische Mass übersteigt, das durch Gesetz oder Sitte und Gewohnheit festgestellt ist. Ein Mann, der sein ganzes Vermögen bis auf den letzten Rest auf die Geliebte verschwendet, ein Weib, das sich abarbeitet, „um einen faulenzenden Mann zu erhalten“, sind Vertreter von in abnorme Abhängigkeit gerathenen Individuen. Diese „geschlechtliche Hörigkeit“ ist von Seite des Weibes entschieden häufiger als von der des Mannes und Verf. gibt folgende Momente hierfür als Ursache an: „Für den Mann ist die Liebe stets nur eine Episode, er hat daneben viele und wichtige Interessen; für das Weib dagegen ist sie der Hauptinhalt des Lebens.“ „Deshalb wächst die Wichtigkeit des Mannes für die Frau in's Ungeheuere.“ Es fehlt auch im alltäglichen Leben nicht an Typen der „Hörigkeit“ unter den Geschlechtern. „Der Mitgiftjäger, der sich mit hohen Summen dafür bezahlen lässt, die leicht geschaffenen Illusionen einer Jungfrau über ihn zu zerstören; der planmässig vorgehende Verführer . . . der goldverschnürte Krieger . . . aber auch der Soldat in der Küche, dessen Liebe die Köchin mit Liebe plus Sättigungsmitteln aufwiegt, der Geselle, der die Ersparnisse der Meisterin, die er geheiratet hat,

vertrinkt und der Zuhälter, der die Prostituirte mit Schlägen zwingt, täglich eine bestimmte Summe für ihn zu verdienen . . . sind nur einige der unzähligen Formen der Hörigkeit, zu welcher das Weib von seinem mächtigen Liebesbedürfnisse so leicht gezwungen wird, und an diese schliesst sich das Verbrechen an, zu dem das in „geschlechtlicher Hörigkeit stehende“ Weib vom Manne leicht gebracht werden kann.“ Und gerade auf den letzteren Punkt will Verf. besonders aufmerksam machen, indem er die Hörigkeit bei Beurtheilung solcher Verbrechen in foro als besonderen Milderungsgrund aufzufassen empfiehlt. Keineswegs dürfte es aber angehen, die Hörigkeit der Geschlechter als eine Perversion aufzufassen und hierin liegt der Unterschied zwischen ihr und dem Masochismus. Letzterer ist entschieden krankhafte Erscheinung, deren Motiv in dem Reize liegt, den die Tyrannei auf die duldende Person ausübt. Wenn demnach auch „geschlechtliche Hörigkeit“ und Masochismus als von einander durchaus verschiedene Erscheinungscomplexe scharf von einander gehalten werden müssen, so gibt es doch Uebergänge zwischen beiden, indem, „wenn die Vorstellung des Tyrannisirtwerdens lange mit der lustbetonten Vorstellung des geliebten Wesens associirt war, endlich die Lustbetonung auf die Tyrannei selbst übergeht und Perversion eingetreten ist. Das ist der Weg, auf dem der Masochismus gezüchtet werden kann“.

621. ***Zur Aetiologie des Typhus abdominalis.*** *Von Dr.* ***Trinkgeld****, prakt. und Krankenhausarzt in Dachau. (München. med. Wochenschr. 1892. 11. — Allg med. Central-Ztg. 1892. 27.)*

In der Zeit vom 18. September bis 11. October vorigen Jahres kamen im Districtskrankenhause Dachau 6 Typhusfälle zur Beobachtung, 1 Arbeiter mit 18 und 5 Arbeiterinnen mit 15, 18, 26, 29 und 55 Jahren; sämmtliche Kranke kamen von Obergrashof, einem der Münchener Löwenbräuerei gehörenden Oekonomiegute, wo sie mitsammen das gleiche Arbeiterhaus bewohnten. Es waren ausgesprochene Typhen, wofür auch das bacteriologische Untersuchungsresultat vom Münchener hygienischen Institut, welchem die Stühle zu Anfang der Zugänge zugeschickt wurden, zeugte. Bei dem gemeinsamen Ursprunge der Infection lag es nahe, die betreffende Oertlichkeit einzusehen und ergab sich dabei folgende Situation: $4^1/_2$ Km. von Dachau, an der Strasse und dem Canale nach Schleissheim, von beiden durchtrennt, liegen die Gebäude des Löwenbräu-Mooses; die betreffende Arbeiterwohnung, ein leicht aus Backsteinen gebautes, freistehendes Haus, enthält 5 Parterrelocalitäten, in welchen eng zusammengedrängt mit Kindern 22 Personen untergebracht sind; das Haus grenzt mit der einen Längsseite gegen den Canal, mit der anderen an eine riesige Düngerstätte, bestehend aus einer grossen, tiefen Grube, die von einem gewaltigen Misthaufen überdeckt ist, dessen Ausläufer bis zu einem Meter den Eingängen zum Arbeitshause nahe gerückt sind. Das ganze Düngermaterial kommt aus der Löwenbräuerei und wird von den den täglichen Torfbedarf liefernden Fuhrwerken herausbefördert; erst im Winter wird dann das Ganze als Compost auf die Wiesen gefahren. Zu bemerken ist, dass nach Angabe der Angehörigen auch 3 Kinder im selben Hause längere Zeit krank waren, sie sollen Fieber und längere Zeit keinen Appetit gehabt haben. Ein 8jähriges Mädchen

von ebenda wurde ambulant an Gastricismus behandelt. Sonst gab es mit Ausnahme eines Arbeiters, der entfernt von obiger Düngerstätte in einem anderen Hause wohnte und an Gastro-Intestinalcatarrh im Krankenhause behandelt wurde, zur gleichen Zeit in Obergrashof keine weiteren Kranken und beschränkte sich die Infection lediglich auf obiges Gebäude und dessen Bewohner. Dabei war die Lebensweise sämmtlicher Arbeitsleute die gleiche, sie benutzten auch dasselbe Wasser, theils aus dem Canale, theils aus einer Wiesenquelle, die jenseits des Canales sich befindet. Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass die typhöse Infection von der Düngerstätte, respective von dem durch sie inficirten Boden ausging. Als Nachspiel nun zu dieser kleinen Typhusepidemie ereignete sich Folgendes: Während die obigen Kranken im Spitale lagen, kamen in einem Hause unterhalb des letzteren ebenfalls Typhusfälle vor; es erkrankten in zwei Familien 4 Kinder und 1 Erwachsener, ferner liegt jetzt noch eine Frau daselbst an Typhus darnieder; die zuerst Befallenen wohnen Parterre, die letztere Frau über einer Stiege; unmittelbar vor dem Hause befindet sich ein stagnirender Wassergraben, in welchen die Abwässer des Krankenhauses münden; in einiger Entfernung von diesem, auf feuchtem Wiesengrunde stehenden Hause vereinigt sich dann obiger Graben mit dem Marktcanale Da sonst in Dachau und auch in der Umgebung kein Typhusfall vorkam, so liegt es wohl nahe, dass hier durch directe Bodeninfection durch die abfliessenden Bade- etc. Waschwässer aus dem Krankenhause der Typhus erzeugt worden ist.

622. ***Der Bacillus der Masern.*** *Von DDr.* **Canon** *und* **Pielicke.** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 16. — Med. Neuigkeit. 1892. 17.)*

Die Verf. haben das Blut von 14 Masernkranken untersucht und in allen diesen Fällen einen Bacillus gefunden, welchen sie für eine einheitliche Art ansehen und als den Erreger der Krankheit betrachten. Die Herstellung und Färbung der Präparate geschah in derselben Weise, wie sie für die Influenza beschrieben wurde. Die Präparate wurden 5—10 Minuten in absoluten Alkohol gelegt und dann 6—20 Stunden im Brutschrank bei 37° C. gefärbt mit einer Lösung von nachstehender Zusammensetzung: Concentrirte wässerige Methylenblaulösung 40·0, $^1/_4$% Eosinlösung (in 70% Alkohol) 20·0, Aqu. dest. 40·0. Die Durchsuchung geschah mit Hilfe des verschiebbaren Objecttisches *(Zeiss)*. Bei Verwendung einer anderen Lösung: Concentrirte, wässerige Methylenblaulösung 80·0, $^1/_4$% Eosinlösung (in 70% Alkohol) 20·0 genügten 2—3 Stunden zur Färbung im Brutschranke. Die Bacillen finden sich blau gefärbt, häufig stärker an den Endstücken gefärbt. Die Grösse der Bacillen ist sehr wechselnd und erreicht manchmal die Länge des Radius eines rothen Blutkörperchens, während andere sehr klein sind und als Doppelcoccen erschienen. Eine andere Form zeigt häufig eine leichte Krümmung. Alle diese Formen gehören aber ein und derselben Art an. Die Bacillen wurden zum Theile vereinzelt, meist aber (in 12 Fällen) in Haufen von 8—20 gefunden. Die Bacillen wurden während des ganzen Verlaufes der Masern, in einem Falle sogar noch drei Tage nach der Entfieberung angetroffen; dagegen wurden sie vermisst in dem 10 Stunden post mortem entnommenen Blute eines Kindes, welches an den Masern

gestorben war. Nach der *Gram*'schen Methode färben sich die Bacillen nicht. Dieselben Bacillen wie im Blute fanden sich auch im Auswurfe, Nasen- und Conjunctivalsecret Masernkranker. Es gelang nicht, die Bacillen durch Blutübertragung auf Glycerinagar, Blutserum oder Milch zu züchten. Dagegen wurde durch Verimpfung von einigen Tropfen Blut auf Bouillon in drei Fällen Wachsthum von Bacillen erzielt, welche in der Form durchaus mit den oben beschriebenen übereinstimmten. Die von *Bruschettini* für die Züchtung der Influenzabacillen angegebene Methode (Auffangen des Blutes in sterile Röhrchen und Verimpfung nach zweitägigem Stehenlassen im Brutschranke) wurde in einigen Fällen versucht, war aber nur einmal von Erfolg. Auch die Versuche, diese Bacillen auf Blutserumglycerinagar zu züchten, wie es *Wertheim* zur Züchtung der Gonococcen empfohlen hat, schlugen fehl.

623. ***Ein Hebammenprocess.*** *Von* **Ludwig Leo.** *(Zeitschr. f. Medicinalbeamte. 1891. — Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 19.)*

In der Umgebung Bonns ist es noch Sitte, dass Wöchnerinnen mit Milchüberschuss sich denselben von einer alten zahnlosen Frau absaugen lassen. Auf diese Weise ist es dort im Jahre 1884/85 zu einer syphilitischen Ansteckung mehrerer Personen gekommen; die betreffende „Absaugerin“ inficirte sich bei einer syphilitischen Wöchnerin, indem sie sich mit den im Bett beschmutzten Fingern über den Mund fuhr; es traten Condylome an den Lippen auf, sie setzte ihr Geschäft fort, da die Hebamme, der sie diese Geschwüre zeigte, dieselben für unerheblich erklärte; so erkrankten vier von ihr besorgte Frauen, weiterhin zwei von deren Ehemännern und es starben in diesen Familien drei Kinder, eines davon sicher an Syphilis. Die Hebamme wurde in Anklagezustand versetzt, wegen fahrlässiger Tödtung verurtheilt; auf eingelegte Revision aber das Urtheil aufgehoben und sie bei der zweiten Verhandlung freigesprochen, da nicht nachgewiesen werden konnte, dass sie bei nöthiger Aufmerksamkeit die Natur des Mundleidens und seine Gefahren hätte erkennen müssen.

624. ***Die Vernichtung und Verwerthung städtischer Abfallstoffe in England.*** *Von* **Th. Weil.** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 3. — Schmidt's Jahrb. 1892. 4.)*

Die meist übliche Methode, den Unrath der Strassen und Häuser (Müll) auf das Land zu fahren und dort als Dünger oder zur Terrainaufhöhung zu verwenden, lässt sich bei grossen Städten Mangels geeigneter Abladeplätze meist nur unter erheblichen Schwierigkeiten durchführen. Einzelne Städte, z. B. Liverpool, Sunderland und Dublin, schaffen den Unrath in das Meer. Allgemeiner anwendbar ist aber die in England erfundene Methode, die städtischen Abfallstoffe zu verbrennen. Die Verbrennung geschieht mittelst einer Art von oben zu beschickender Hochöfen mit Rauchverzehrung, die vom Ingenieur *Fryer* in Nottingham angegebenen Destructoren. Der erste derartige Ofen, von dem ein Längsschnitt und Grundriss der Arbeit beigegeben sind, wurde 1876 in Birmingham errichtet. Dann folgten Leeds, Bradford und andere Städte (im Ganzen 40), insbesondere die meisten grossen Stadtgemeinden Londons. Verf. theilt die Einrichtungen in drei Gruppen: 1. Solche Oefen, die nur Müll, das heisst Haus- und Strassenunrath ver-

brennen, z. B. in Letts Warf, Battersea, Whitechapel, Hampstead; 2. solche, die daneben auch Sielschlamm verbrennen, z. B. im Ealing bei London und Southampton; 3. solche, die ausser den bisher genannten Stoffen auch Fäcalien verbrennen, z. B. in Bury, Newcastle. Die Müllöfen befinden sich häufig innerhalb der Städte, dicht von Häusern umgeben und kosten „per cell", das heisst jede Feuerungsanlage 6000—30.000 Mark. Fernere Kosten beim Betriebe entstehen durch Sammeln, Transport und Verbrennung des Müll, durch Löhne, Geräthschaften, Verzinsung, Amortisation und Abnutzung. Dagegen bringen die Destructoren folgende Einnahmen: Verkauf von Pferdedung, Strassenschmutz, Clinkers (feste Verbrennungsrückstände, z. B. zu Strassenaufschüttungen), Steine und Mörtel aus letzteren. Ausserdem wird die vom Destructor gelieferte sehr erhebliche Wärme in Dampfkraft umgewandelt und liefert die Betriebskraft für Pumpen, Injectoren, Druckluft, Transmissionen, Elevatoren, elektrische Beleuchtung u. A. Verf. zweifelt nicht daran, dass die Müllverbrennung auch für grosse deutsche Städte, insbesondere Berlin, zweckmässig sei.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

625. *Die Phosphorvergiftungen im Krankenhause Sabbatsberg zu Stockholm.*

Von ***F. W. Warfvinge.***

Die Zahl der Phosphorvergiftungen hat sich in dem letzten Decennium in Stockholm und im Königreiche Schweden stetig vermehrt, so dass von den 33 Vergiftungen, die im Krankenhause Sabbatsberg seit dessen 13jährigem Bestehen vorkamen, über die Hälfte (18) auf die Jahre 1890 und 1891 fällt. Von den Vergifteten sind nur 5 Männer. Das colossale Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes und unter diesem wiederum der im jugendlichen Alter stehenden (eine der vergifteten Personen war über 39 Jahre, 3 über 30 Jahre, 5 zwischen 25 und 30, 20 zwischen 17 und 35 Jahren) erklärt sich durch die in Schweden übliche Benützung des Phosphors als Abortivum, die in 11 Fällen nachgewiesen wurde, in 15 anderen mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, während es sich bei 2 Frauen und den 5 Männern um Selbstmordversuche handelt. Unter sämmtlichen Fällen ist nur einer, in welchem Phosphorpaste genommen wurde; in der überwiegenden Mehrzahl (3 Fälle bleiben unsicher) handelt es sich um Vergiftung mit Zündhölzchen, deren Zündmasse nach Abkratzen theils mit Wasser gemischt, theils in Kaffee, Wasser oder Milch macerirt, angewendet wurde. Die Menge der benutzten Zündhölzchen betrug selten weniger als einen Bund, mitunter selbst 10 Bunde.

Die Hälfte der Phosphorvergiftungsfälle verlief günstig. Bei 12 der Geretteten ist dies der frühzeitigen (1—1½ Stunden) Magenausspülung und sonstiger zweckmässiger Behandlung, bei 3 früh-

zeitigem Erbrechen zuzuschreiben; die übrigen Kranken wurden zum grössten Theile zu spät, die meisten sogar erst vom 2.—7. Tage in das Krankenhaus aufgenommen. In vier der günstig verlaufenen Fälle, in denen frühzeitige Magenausspülung ausgeführt wurde, kam es zu keinerlei krankhaften Symptomen und nur der Phosphorgeruch der Spülflüssigkeit sicherte die Diagnose.

Vergiftungssymptome traten niemals unmittelbar, meist nach einigen, mitunter selbst erst nach 5—6 Stunden, auf. In einem in 65 Stunden tödtlich verlaufenden Falle von Vergiftung mit 3 Bund Zündhölzchen schlief der Kranke unmittelbar nach der Einnahme ein und erwachte erst nach 5 Stunden, wonach es zum Erbrechen kam. Das Erbrechen hatte in allen Fällen, wo es frühzeitig beobachtet werden konnte, in einem Falle 7 Stunden nach der Vergiftung, Knoblauchgeruch, auch konnte zweimal Leuchten im Dunkeln nachgewiesen werden. Icterus trat niemals vor dem dritten, häufiger am vierten oder fünften Tage auf; er fehlte in 2 Fällen, wo der Tod nach 21, respective 33 Stunden erfolgte, ebenso in dem erwähnten, in 65 Stunden tödtlich verlaufenen Fall, ferner in 7 der geheilten Fälle, wo frühzeitige Magenausspülung stattgefunden hatte (ungeachtet deren Anwendung übrigens in einem Falle Gelbsucht sich einstellte). Mit dem Icterus traten einmal zahlreiche blassrothe, bei Druck nicht verschwindende Flecken und einmal erysipelatöse Röthung im Gesichte auf. Zweimal wurde am 7. Tage deutliche Anschwellung der Leber constatirt. Von Blutungen kamen namentlich Magenblutungen vor, in einem Falle so überaus massenhaft, dass der letale Ausgang dadurch offenbar beschleunigt wurde, ausserdem handgrosse Blutungen unter die Haut. Auffällig ist, dass bei der durch diese Hämorrhagien angedeuteten Blutdissolution die Zahl der Blutkörperchen in manchen Fällen keine Verminderung, sondern geradezu eine Zunahme erfährt. In zwei Fällen, die allerdings günstig verliefen, ging mit dem Eintritte des Icterus Steigerung der Blutkörperchenzahl, mit der Zunahme der Gelbsucht weiteres Steigen einher. Letzteres hielt bis zum 9., beziehungsweise 12. Tage an, worauf in dem einen Falle deutliche, in dem anderen Falle weniger ausgeprägte Abnahme der Zahl der Erythrocyten folgte. Die mit dem Icterus auftretende Gallenfarbstoffreaction im Harn konnte bis zum Tode und in Genesungsfällen selbst 14 Tage nach der Vergiftung erhalten werden.

Von den 15 letalen Fällen endete einer schon nach 21 Stunden, die Mehrzahl nach 5—8 Tagen. Auffallend ist die lange Dauer von 3 Wochen in einem Falle, in welchem anscheinend mehrere Male Phosphor genommen wurde, der noch das besondere Interesse bietet, dass die Vergiftete zwei Tage vor dem Tode ein lebendes Kind zur Welt brachte und dass bei der Section sich die Leber in hohem Grade verkleinert fand. Das Leberparenchym zeigte hier abwechselnd festere, gelbrothe, in's Blaue spielende und weichere, mattgelbe Partien, in den letzteren war ein Theil der verfetteten Zellen noch erhalten, während in der braunen Partie Zerfall der Zellen stattgefunden hatte.

Fettige Degeneration der Leber wurde mikroskopisch in allen Fällen nachgewiesen, jedoch in den beiden am raschesten (in 21 und 33 Stunden) verlaufenen nur deren Anfänge. Dagegen war das

Volum der Leber in den meisten Fällen normal, nur einmal stark vergrössert, zweimal etwas verkleinert und in dem erwähnten Falle stark atrophisch. Interstitielle Hepatitis war weder in diesem noch in sonst einem der Vergiftungsfälle vorhanden. Verstopfung des Ductus choledochus durch einen Schleimpfropf und Schwellung der Schleimhaut fand sich nur ein einziges Mal, bei allen übrigen Sectionen war die Gallenpassage ungehemmt und die Gallenblase nicht stark gefüllt. Neben der constanten fettigen Degeneration in Nieren, Herzmuskel und Magensaftdrüsenzellen fand sich in einzelnen Fällen auch Fettentartung des Epithels in den Schleimdrüsen des Zwölffingerdarms und zweimal Vergrösserung der Villi und Infiltration dieser mit kleinen Fettkörnchen in der eigenthümlich schmutzig grauweissen Dünndarmschleimhaut. In zwei Fällen waren Ulcerationen im Magen vorhanden, einmal mehrere stecknadelgrosse, oberflächliche, im Fundus einmal ein frisches, ovales Geschwür von der Grösse eines halben Fingernagels. Im Dickdarm fanden sich graue, fettige Fäces, die zweimal deutlichen Phosphorgeruch zeigten.

Der Umstand, dass in den meisten weiblichen Leichen im Uterus Föten gefunden wurden, spricht nicht für die abortive Wirksamkeit des Phosphors, der in Schweden seit der im Jahre 1876 eingeführten Beschränkung des Handels mit anderen Giften und insbesondere mit Arsen, eine bedeutende Rolle unter den Giften spielt. Während von 1866—1870 165 tödtliche Arsenvergiftungen auf 16 Phosphortodesfälle kamen und 1872—1875 119 Personen durch Arsen und 25 durch Phosphor ihr Leben verloren, sind von 1876—1880 111 durch Arsen und 66 durch Phosphor veranlasste Todesfälle beobachtet. Das Verhältniss beider Geschlechter bei der Phosphorvergiftung stellte sich von 1872—1880 wie 1 Mann zu 8 Weiber. *Husemann.*

Literatur.

626. ***Chirurgische Technik.*** *Ergänzungsband zum Handbuch der kriegschirurgischen Technik, enthaltend die übrigen Operationen. Von Dr.* ***Fr. v. Esmarch,*** *Professor der Chirurgie in Kiel und Dr.* ***E. Kowalzig,*** *vorm. 1. Assistent der chirurg. Klinik. Mit 520 Holzschnitten. VIII u. 372 S. 8°. Kiel und Leipzig, Lipsius & Fischer, 1892.*

„Wie bei der kriegschirurgischen Technik habe ich mir die Aufgabe gestellt, kurz und bündig, d. h. mit Vermeidung aller unnöthigen Worte die Operationen zu schildern, denn dass man durch gute Abbildungen mit kurzem Text rascher belehren kann als durch langathmige Beschreibung ohne Bilder, bedarf wohl keines Beweises.“ So spricht sich *Fr. v. Esmarch* in der Vorrede aus. Die zahlreichen Illustrationen, zumeist von *Kowalzig* gezeichnet, mit prägnanter Beschreibung geeint, verleihen dem Werke jene originelle Factur, welche die „Kriegschirurgische Technik“ *v. Esmarch's* auszeichnet. Das vorliegende Werk soll als Ergänzungsband derselben, welche ja nicht nur von Militärärzten, sondern auch von Studirenden und praktischen Aerzten benützt wird, dienen. Der Inhalt des Werkes gliedert sich in: Operationen am Kopf, die Resection am Schädeldach, am Ober- und am Unterkiefer, Nervendehnung und Nervenresection, plastische Operationen im Gesicht, — bei angeborenen Spalt-

bildungen der Mundgegend, Operationen in den Höhlen des Gesichtes; Operationen am Halse, Eröffnung der Luftwege, Operationen beim Kropf, Operationen an der Speiseröhre, Operation der Geschwülste des Halses; Operationen an der Brust, Eröffnung der Brusthöhle, Operation an der Brustdrüse; Operationen am Bauch, Magen und Darm, Hernien, Leber- und Gallenblase, Milz, Niere; Operationen am Becken — bei angeborener Spaltbildung der vorderen Beckengegend, am Penis und Scrotum, am Mastdarm und After. Die zahlreichen neuen Operationsmethoden sind entsprechend ihrer Bedeutung und Brauchbarkeit gewürdigt. Ein ausführliches Sachverzeichniss und Namenregister erleichtern die Benützung des Werkes. Die Ausstattung ist eine solide.

—*m.*

627. ***Grundriss der Gewebelehre.*** *Ein Compendium für Studirende von Dr.* ***J. Disse,*** *Prosector und Privatdocenten in Göttingen. Mit 57 Holzschnitten. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892. XIV und 134 S. 8°.*

Verf. stellt in dem vorliegenden Grundriss die Lehre von den Zellen, den einfachen Geweben und den Membranen dar. In der Einleitung wird, an den Begriff der „Entwicklung des Organismus" anknüpfend, die Eizelle, deren Vermehrungsprocess bis zur Anlage der Organe schematisch dargestellt, wonach der eigentliche Inhalt des Werkes in 8 Abschnitten: Zelle, Epithelien, Muskelgewebe, Nervengewebe, Bindesubstanzen, Blut und Lymphe, Membranen auf der Höhe der neuesten Errungenschaften geschildert wird. Die kurze und übersichtliche Darstellung ist durch 57 Illustrationen erläutert, welche das Verständniss des Textes unterstützen; ein ausführliches Register erleichtert die Benützung des Werkchens, welches namentlich für das Studium der allgemeinen Anatomie und als Behelf bei mikroskopischen Cursen bestens empfohlen werden kann. —*r.*

628. ***Ueber Gamophagie.*** *Ein Versuch zum weiteren Ausbau der Theorie der Befruchtung und Vererbung von Prof.* ***Müller.*** *Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892. 64 S. 8°.*

Die Ausführungen Verf.'s knüpfen an *Weismann's* letzte, die Theorie der Befruchtung und Vererbung behandelnden Arbeit, die „Amphimixis oder die Vermischung der Individuen" an, in welcher *Weismann* die Lehre von der „Wesensgleichheit der männlichen und weiblichen Befruchtungszellen" aufstellt, und welche in dem Schlusse gipfelt: „Das Wesentliche der Befruchtung ist nicht in der früher aufgenommenen „Belebung" des Eies oder in einer Vereinigung entgegengesetzter Kräfte zu suchen, sondern eben gerade in der Vereinigung zweier Vererbungstendenzen, in der Vermischung der Eigenschaften zweier Individualitäten." Diese Theorie *Weismann's* führt aber zur weiteren Folgerung, dass durch die Befruchtung, durch die Vereinigung der beiden Keimsubstanzen eine Verdoppelung der Anlage des neuen Wesens erfolgen muss, und dass daher auf irgend eine Weise für eine Reduction der Summe der beiden Keimsubstanzen auf die Hälfte, für eine Ausscheidung der Hälfte aller Vererbungsanlagen gesorgt sein muss. Es entsteht nun die Frage, wie und wann findet diese nothwendige Reduction auf die Hälfte statt? Nach Verf. gibt es nur eine nothwendige Annahme, die zur Lösung des Problemes führt, nämlich die Annahme eines Vorganges in den vereinigten Keimsubstanzen, die er als Gamophagie bezeichnet, dessen Bedeutung in der folgenden Auseinandersetzung des Verf.'s ausgedrückt wird: „Je zwei homologe Organanlagen (oder homologe Elemente solcher) treten nach voll-

zogener Befruchtung, nach der Vereinigung von Spermakern und Eikern zum Furchungskern, miteinander in unmittelbaren Contact und in Stoffwechselbeziehungen, nämlich um eine Concurrenz um die Nahrung ein, die für beide in dem auf sie fallenden Theile der passiven, plasmatischen Substanz der Eizelle gegeben ist, sie treten so miteinander in einen Kampf um's Dasein ein. In diesem Kampfe siegt das kräftigere der beiden Elemente, seine Entwicklung schreitet ungehemmt vorwärts, seine Structur beharrt und drückt dem entsprechenden fertigen Theil des neuen Wesens den Stempel einer Vererbungstendenz auf. Das minder kräftige der beiden Elemente bleibt in diesem Wettbewerbe zurück. — Schliesslich, nachdem seine Activität zum Stillstande gekommen ist, sinkt es zur passiven Rolle der plasmatischen Elemente des Eies herab, es wird zum blossen Bau- und Nährmateriale und als solches vom anderen homologen Elemente endlich assimilirt. Seine Structur, die festen Lagerungsverhältnisse seiner Molecüle und damit seine Vererbungsfähigkeit muss dabei verloren gehen, es geht als blosser Stoff in die Organisation seines Gegners über — kurz: von je zwei homologen Elementen der vereinigten Keimsubstanzen besiegt schliesslich das eine das andere, zehrt es auf. Diesen Vorgang bezeichnet Verf. als Gamophagie. Diejenigen, welche die Arbeiten von *Weismann*, der beiden *Hertwig*, *Strassburger's* u. A. auf dem hier behandelten Gebiete verfolgen, werden auch die Theorie Verf.'s gebührend berücksichtigen — um so mehr, als er dieselbe zur Erklärung mancher wichtiger Erscheinungen der Zeugung und Vererbung heranzieht. *—i.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

629. ***Die chronische Leberentzündung.*** *Von Prof.* ***Rosenstein****, Leyden. Vortrag, gehalten am Congress für innere Medicin zu Leipzig 1892.*

Verf. hat schon früher auf die Analogie hingewiesen, welche zwischen den chronischen Erkrankungen der Leber und denjenigen der Niere besteht: auf der einen Seite die grosse, schwere, glatte, weisse Niere der derben, höckerigen gegenüber, auf der anderen Seite die grosse, braune oder olivengrüne der kleinen, durch peritoneale Adhäsionen befestigten Leber gegenüber, so dass sich unwillkürlich dem Beschauer die Frage aufdrängt, ob das die Producte eines und desselben Processes sind oder im Wesen verschiedenartige Dinge, mögen sie auch histologisch gleiche Processe herbeiführen. *Laennec* hielt die Cirrhose für eine Neubildung. Erst später machte sich die Anschauung geltend, dass es sich hier um eine pathologische Aenderung von Bindegewebe handelte, von französischer Seite wurde die vergrösserte Leber als cirrhotische erkannt und es ist interessant, zu sehen, dass die Wandlung der Anschauungen ausschliesslich von klinischer Seite ausging. *Hanno* hat sofort, nachdem man begonnen hatte, die Leber histologisch zu untersuchen, wobei sich zeigte, dass Gallencanäle sehr reichlich und ziemlich stark von embryonalem, fibrillärem Bindegewebe umschlossen, vorkamen, den Schluss gezogen, dass hier ein verschiedener Ausgangspunkt vorhanden wäre. Verf. betont, dass der Gedanke, als ob pathogenetisch die beiden Formen sich dadurch unterscheiden, dass die hypertrophische Form eine biliäre sei, aufgegeben werden muss, weil die Umschnürungen der Gallen-

canäle durch Bindegewebe auch dort vorkommen, wo sich kein Icterus findet. — Was das Verhalten der Leberzellen anbetrifft, so ist es ein durchaus verschiedenes in den beiden Formen und ebenfalls von *Ackermann* in durchaus richtiger Weise beschrieben worden. Der Unterschied besteht darin, dass man in der atrophischen Form die Leberzellen völlig verändert findet, häufig degenerirt, ganz normal nie, bei der hypertrophischen Form dagegen in der Peripherie der Läppchen zwar glatte, atrophische, im Uebrigen aber, abgesehen von der Pigmentation, ohne jede Veränderung.

Wenn wir uns der klinischen Betrachtung zuwenden, so ist zunächst zu bemerken, dass die Untersuchungsmethoden mit vielen Fehlerquellen verknüpft sind. Um eine verkleinerte Leber nachzuweisen, muss man sich klar sein, dass nur diejenige Percussion Werth hat, welche durch die Palpation controlirt wird. Letztere kann wegen Ascites und Meteorismus auf grosse Schwierigkeit stossen. Nach Verf. ist eine ganz sichere Diagnose nur möglich durch eine deutliche Fühlbarkeit der Granulationen des linken Leberlappens. Wenn wir die Erscheinungen, welche sich bei der *Laennec*'schen (atrophischen) Cirrhose vorfinden, zusammenfassen, so handelt es sich um drei Hauptpunkte: 1. die gastrischen Symptome, 2. die Stauungserscheinungen, 3. die secundären Blutungen.

Bei der hypertrophischen Form beherrscht der Icterus das ganze Krankheitsbild; alle Symptome lassen sich auf ihn zurückführen. Diese Art Kranken kommen nur wegen des Icterus in Behandlung und fühlen sich im Uebrigen wohl. Eine Anzahl anderer Symptome, von welchen man nicht bestimmt sagen kann, ob sie vom Icterus abhängig oder selbstständig sind, beziehen sich 1. auf das Blut. Es zeigt sich eine Verminderung der rothen Blutkörperchen und eine relative Vermehrung der farblosen Zellen; 2. zeigen sich stets systolische Herzgeräusche; 3. treten Blutungen auf, welche sich von denen bei atrophischer Cirrhose wesentlich unterscheiden. Bei letzteren hängen dieselben allein von der Stauung ab: sie sind meistens Magen- und Darmblutungen und führen gewöhnlich zum Tode. Solche Blutungen kommen bei der hypertrophischen Form nicht vor, wohl aber und zwar als ganz frühzeitige Symptome, Epistaxis oder sonstige Blutungen aus den Schleimhäuten, wie aus der Haut. Auch sonst kommen Erkrankungen der Haut vor, wie Urticaria und Xanthelasma. Erstere darf nicht als Kratzeffect angesprochen werden, da bei den Kranken sich keine Spur von Pruritus zeigt. Neben diesen Erscheinungen haben natürlich die localen die grösste Bedeutung: die starke Vergrösserung der Leber (bis auf 4000 Grm.) und ein stets vorhandener Milztumor. Verwechslungen mit Carcinom und Echinococcus sind leicht zu vermeiden, mit Amyloiddegeneration dagegen nur schwer zu umgehen; hier wird unter Umständen die reichlichere Harnausscheidung für letztere sprechen. Die Verwechslung mit Cholelithiasis kann schwerwiegende Folgen haben, wie ein Fall aus der eigenen Praxis Verf.'s lehrt, in welchem die falsche Diagnose den Exitus letalis, der sich sonst wahrscheinlich hätte vermeiden lassen, bedingte. Hier war die genauere Betastung der Gallenblase unterlassen worden; dieselbe ist also zur Vermeidung von verhängnissvollen Irrthümern nothwendig. Eine dritte Schwierigkeit bietet der catarrhalische Icterus. Derselbe verläuft durchaus nicht, wie viele meinen, in wenigen Wochen oder Monaten, sondern kann viel länger dauern. In solchen Fällen kann die constante, beträchtliche Vergrösserung der Milz die Entscheidung bringen. Nach alledem

spricht sich Verf. dahin aus, dass die beiden Formen, wenn auch histologisch in geringerem Masse, klinisch mit Sicherheit zu unterscheiden sind.

Die Dauer der beiden Zustände ist eine verschiedene. Ein Kranker mit atrophischer Cirrhose geht im Laufe von zwei Jahren zu Grunde, einer mit hypertrophischer Cirrhose kann 4—5 Jahre leben. Die ersteren sind jung, die letzteren meist über 40 hinaus.

Zum Schlusse kommt Verf. auf eine dritte, nach ihm die wichtigste und vielleicht auch die strittigste Form zu sprechen. In Frankreich hatte man, mit dem Hinweis darauf, dass sehr viele Cirrhosen sowohl das, was bei der hypertrophischen, wie das, was bei der atrophischen Form vorkommt, zeigen, die Existenz einer Mischform, einer „type mixte", behauptet. In der That gibt es eine secundäre Schrumpfleber. Hier bleibt trotz jahrelanger Dauer das Volumen und Gewicht der Leber stark vergrössert; allmälig aber treten die Zeichen der Schrumpfung anatomisch als Granulation, klinisch als Stauung im Gebiete der Vena portae zu Tage. Dieser Zustand ist als besondere Form aufzufassen, nicht als erstes Stadium der *Laennec*'schen Cirrhose, da es sonst unbegreiflich wäre, wie solche Kranke trotz jahrelangen Leidens niemals die Verkleinerung der atrophischen Form und die anderen bei kürzerer Dauer ihres Leidens niemals klinisch die vorangegangene Vergrösserung erkennen lassen. Stets zeigt sich bei den letzterwähnten Kranken eine Vergrösserung der Milz, starke Verminderung der rothen Blutkörperchen, Nasenbluten, Reichthum des Harns an Hydrobilirubin. Post mortem erweist sich die Leber als vergrössert, zeigt aber bei genauerer Betrachtung deutliche Zeichen der Schrumpfung. Bei der *Laennec*'schen (atrophischen) Cirrhose haben wir, einer genuinen Schrumpfniere analog, eine Neubildung von Bindegewebe, wobei von Anfang an der Charakter ein retractiver ist, das Organ sich schrittweise verkleinert und es nie zu einer Vergrösserung kommt; bei der zweiten (atrophischen) Form haben wir ein Analogon zur secundären Schrumpfniere: das Organ ist deutlich in Verkleinerung begriffen, wenn auch vergrössert. Aber die icterische (hypertrophische) Form ist von beiden durchaus verschieden.

Kleine Mittheilungen.

630. ***Bei Stauungsödemen*** empfiehlt **Comby** (Méd. moderne. 1892. 22. — München. med. Wochenschr. 1892. 22) als Diureticum und zugleich Purgans von ausgezeichneter Wirksamkeit folgende Pillen:

Rp. *Pulv. Scill.,*
Pulv. Digit.,
Pulv. Scammon. aa. 0·5.
F. l. a. pilul. Nr. 10.
S. 3—5 Stück tägl. zu nehmen.

631. ***Ueber die Bedeutung blutiger Ejaculationen.*** *Von* ***Jamin.*** *(Annal. des malad. des gén.-ur. 1891. Nov. — Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 21.)*

Blutige Ejaculationen pflegen, wo sie eintreten, den Patienten ausserordentlich zu beunruhigen. *Jamin* macht neuerdings darauf aufmerksam, dass dieses Vorkommniss, abgesehen von entzündlichen Erkrankungen, nicht so selten ohne jede ungünstige Bedeutung ist; z. B. findet es sich nach rasch wiederholtem Coitus; umgekehrt nach langer Enthaltsamkeit, wenn die vorher gefüllten Samenblasen sich rasch entleeren (als Vacuumblutung), auch bei Congestion bei älteren Leuten (nach Velocipedfahren etc.). Zweifelhafter scheint, ob Samenblasenblutungen auch als Ersatz für Hämorrhoidalblutungen vorkommen können.

632. ***Auftreten disseminirter Sclerose während der Reconvalescenz von Variola.*** *Von* **Sottas.** *(Gaz. d. hôp. 1892. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 19.)*

Es handelt sich um ein 18jähriges Mädchen, das im Juni vergangenen Jahres an Blattern erkrankte. Der Ausschlag war mässig, aber die nervösen Erscheinungen so bedeutend, dass man glaubte, die Kranke leide an Meningitis. Sie war halb comatös und vollkommen gelähmt, die Sprache langsam, eher schleppend, als scandirend, leichter Nystagmus, ohne Kopfzittern oder Atrophie der Stamm- oder Extremitätenmusculatur bei grosser Verringerung der Muskelkraft. Langsam verschwanden die paralytischen Symptome und traten Contracturen auf, gesteigerte Reflexe, Störung der Coordination mit dem charakteristischen Tremor. Ende Februar 1892 bot sie das typische Bild der Sclerose. Der Autor hält den Fall für ein typisches Beispiel disseminirter Sclerose infectiösen Ursprungs.

633. ***Besondere Sterblichkeit der von Ammen mit nur einer brauchbaren Brust genährten Säuglinge.*** *Von Prof.* **A. Sabatier.** *(Lyon méd. 1891. 24. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 22.)*

Sabatier hält es für seine Pflicht, auf die Resultate seiner 2jährigen Beobachtungen bezüglich der Sterblichkeit von Säuglingen aufmerksam zu machen, die von Ammen genährt werden, bei welchen eine Brustdrüse aus irgend einem Grunde verkümmert und zum Säugen untauglich ist. Während die durchschnittliche Sterblichkeit von mit zwei brauchbaren Brüsten versehenen Ammen genährter Säuglinge 28 Procent betrug, erhob sich dieselbe in ersterem Falle auf 48 Procent, also gleich der von künstlich genährten Kindern. Anscheinende Hypertrophie der brauchbaren Brust ändert gar nichts an dieser Sachlage. Daraus folgert *Sabatier* für die Praxis, dass Ammen mit nur einer Brust entweder von Anfang an zurückzuweisen, oder mindestens mit besonderer Sorgfalt zu überwachen sind.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Ayräpää, Matti, Med. u. Chir. Dr., Docent der Zahnheilkunde an der Universität Helsingfors, Finnland, Die orthopädische Behandlung der Sattelnase mittelst von der Zahnheilkunde gebotenen Hilfsmitteln. Von —. Mit 82 Figuren. Kuopio, Finnland, Waseniuska Bokhandeln, Helsingfors.

Disse, Dr. J., Prosector und Privatdocent in Göttingen, Grundriss der Gewebelehre. Ein Compendium für Studirende von —. Mit 57 Holzschnitten. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Filatow, Nil, a. o. Professor der Kinderheilkunde an der kaiserlichen Universität zu Moskau und Director des Chludow'schen Kinderspitales, Semiotik und Diagnostik der Kinderkrankheiten. Nach der 2. russischen Auflage über-

setzt von A. Hippius, Kinderarzt in Moskau. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Habart, Dr. Johann, k. u. k. Regimentsarzt und Gardearzt der k. u. k. Leibgarde, Die Geschosswirkung der 8-Millimeter-Handfeuerwaffen an Menschen und Pferden. Eine forensisch-chirurgische Studie. Mit 5 Lichtdrucktafeln. Wien, Verlag von Josef Safař, 1892.

Heim, Dr. Josef, Primararzt des St. Josef-Kinderspitales, Geschichte des St. Josef-Kinderspitales in Wien von 1842—1892 aus Anlass seines fünfzigjährigen Bestandes, dargestellt von —. Wien 1892, Selbstverlag der Anstalt.

Jahresbericht (50.) des unter dem hohen Schutze Ihrer k. u. k. Hoheit der durchlauchtigsten Frau Erzherzogin Maria Carolina stehenden St. Josef unentgeltlichen Kinderspitales in Wien, IV., Kolschitzkygasse Nr. 9 und des damit verbundenen Dr. Bichler'schen Kinderwärterinnen-Bildungs-Institutes für das Jahr 1891. Selbstverlag der Anstalt.

Klaussner, Dr. Ferdinand, a. o. Professor der Chirurgie an der k. Universität München, Verbandlehre für Studirende und Aerzte. Mit 123 Abbildungen. M. Rieger'sche Universitäts-Buchhandlung (Gustav Himmer, k. Hoflieferant), München 1892.

Müller Josef, Ueber Gamophagie. Ein Versuch zum weiteren Ausbau der Theorie der Befruchtung und Vererbung. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Schrenck-Notzing, Dr. A. Freiherr v., prakt. Arzt in München, Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes, mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung von —. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

WIENER MEDIZINISCHE PRESSE

XXXIII. Jahrg. 1892. Wochenschrift für praktische Aerzte. XXXIII. Jahrg. 1892.

Inhalt der Nummern 12–17 vom Jahre 1892:

Einzelpreis dieses Heftes: 90 kr. = 1 M. 50 Pf.

Abonnements-Preise: „Wiener Medizinische Presse" und „Wiener Klinik": Inland: Jährlich 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährlich 20 Mark, halbj. 10 Mark, viertelj. 5 Mark. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährlich 24 M., halbj. 12 M. „Wiener Klinik" separat: Inland jährl. 4 fl., Ausland 8 M. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern u. Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

VERLAG VON URBAN & SCHWARZENBERG IN WIEN UND LEIPZIG.

Der Entwicklungsgang der Pathologie und Therapie

im gegenwärtigen Jahrhundert.

Von

Prof. Dr. Albert EULENBURG *in Berlin.*

(Wiener Klinik 1876, Heft 1.)

Preis: 1 Mark = **50** kr. ö. W.

Pathologie und Therapie der Sprachanomalien

für praktische Aerzte und Studirende.

Von

Dr. RAFAEL COËN,

prakt. Arzt in Wien.

Mit 3 Holzschnitten. — IV und 246 Seiten.

Preis: **6** Mark = **3** fl. **60** kr. ö. W. broschirt; 7 M. **50** Pf. = **4** fl. **50** kr. ö. W. eleg. geb.

Die Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis

nach ihrem gegenwärtigen Standpunkte.

Gr. 8. 103 Seiten.

Preis: 2 M. **50** Pf. = **1** fl. **50** kr. broschirt

und

Pathologie und Therapie der Rhachitis.

Von

Dr. L. FÜRTH,

weil. Privat-Docent der Wiener Universität.

(Wiener Klinik 1882, Heft 5 und 6.) — **Preis:** **1** M. **50** Pf. = **90** kr. ö. W.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

634. ***Ein Fall von Tuberculose.*** *Von **Landgraf.** Berliner laryngologische Gesellschaft. 29. Mai 1891.*

Ein Mann in der Mitte der Zwanziger-Jahre litt an einer linksseitigen Spitzenaffection. Er wurde 14mal vorsichtig mit *Koch's* Tuberculin behandelt, anfangs war sein Kehlkopf gesund. Nach der 13.—14. Injection wurde er heiser und es fand sich rechts in der Höhe des Ringknorpels eine Hervorwölbung mit gelber Kuppe. Beständig hatte er 120—140 Pulse. Es fand sich nun eine Dämpfung auf dem Sternum bis zum dritten linken Rippenknorpel und nach der Schulter hin in ihrer Intensität abgeschwächt. *Barety* behauptet, man könne (bei Kindern) die tuberculösen Drüsen des Mediastinum percutiren und man fände die Dämpfung von innen nach aussen abnehmend, während bei Lungenaffection dieselbe von aussen her stärker sei. Es trat nun linksseitige Posticuslähmung auf, nach zwei Tagen übergehend in linksseitige Recurrenslähmung. Die Obduction ergab: Larynx gesund, die beiden Cricoarytaenoidei postici stark fettig degenerirt. Tuberculöse Lymphdrüsen keine, dagegen war der linke Oberlappen so geschrumpft, dass man die grossen Gefässstämme percutirt und gedämpft gehört hatte. Die *Barety*'sche Anschauung führte also irre, denn aus der Stimmbandlähmung und der Art der Dämpfung wurde die Diagnose auf grosse Drüsentumoren gestellt. Der Recurrens war degenerirt, nicht durch Druck, sondern in Folge primärer Entzündung des Neurilemm. *Hausmann*, Meran.

635. ***Ueber Keraunoneurosen.*** *Von Dr. **L. v. Frankl-Hochwart.** Aus der med. Klinik des Prof. Nothnagel. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XIX. Heft 5 u. 6. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 23.)*

Nothnagel zeigte zuerst, dass durch Blitzschlag directe periphere Lähmungen entstehen können, die flüchtiger Natur sind, dass sich aber später daran Zustände anzuschliessen vermögen, die mit hysterischen Analogie bieten. *Gibier de Savigny, Charcot, Limbeck* erhärteten *Nothnagel's* Beobachtung durch weitere Mittheilungen. Anatomische Nervenläsionen durch Blitzschlag erschlossen *Leber* und *Pagenstecher* aus Augenuntersuchungen. Verf. theilt drei hergehörige Fälle mit. In zweien waren die Pat. direct vom Blitz getroffen; der erstere, ein 24 Jahre altes Mädchen, behielt danach die verschiedensten Störungen im Nervensystem (Störungen der Sehkraft, des Geruches, des Gleichgewichtes, der Herzfrequenz etc.) zurück, die sich im Laufe eines halben Jahres nicht ausglichen; der andere, ein 58 Jahre alter Mann, zeigte Sehstörungen, paraplegische Lähmungen der Beine, heftige Neuralgien, gesteigerte Reflexerregbarkeit, die sich im Verlaufe eines Monates wesentlich besserten.

In einem dritten Falle (38 Jahre alter Bahnbeamter) entwickelte sich nach der Erschütterung, welche Pat. durch einen zwei Schritte von seinem Sitzplatz entfernt eingeschlagenen Blitz erlitten hatte, eine dauernde Neurasthenie.

636. ***Ueber Hysterie bei Kindern.*** *Von Prof.* ***Jolly.*** *Nach einem Vortrage in der Hufeland'schen Gesellschaft in Berlin. (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 27.)*

Sowohl die localen Erscheinungen der Hysterie, wie auch die eigentlichen hysterischen Geistesstörungen kommen bei Kindern vor. Sehr häufig sind localisirte hartnäckige Schmerzen mit Krampferscheinungen, Gebrauchsunfähigkeit einzelner Extremitäten, zum Theile mit eigentlichen Paralysen und Anästhesien verbunden, besonders bei Kindern, die acute Krankheiten durchgemacht haben. Ueberwiegend sind dabei paraplegische Formen; gelegentlich kommen auch Monoplegien und Hemiplegien zur Beobachtung. Speciell nach der Influenza hat Verf. einen Fall von halbseitiger Parese mit leichter Anästhesie gesehen. Sehr häufig tritt auch Tremor auf, namentlich wenn traumatische Einwirkungen stattgefunden haben. Meist gehen diese Zustände rasch vorüber und sind leicht zu beseitigen. Verf. erwähnt ferner der Krämpfe in der Stimmmusculatur, des Ausstossens sonderbarer Töne, der anhaltenden Zustände von Singultus und Ructus und geht dann auf gewisse Sprach- und Hörstörungen bei hysterischen Kindern ein: Das Stammeln, das eigenthümliche Sprechen nach Art ganz kleiner Kinder, das Anstossen bei einzelnen Buchstaben und die vorübergehende oder länger dauernde Stummheit. Meist werden diese Zustände nach kurzer Anwendung des faradischen Stromes gehoben. In einem von Verf. beobachteten Falle von hysterischer Stummheit und Taubheit bei einem 11jährigen Mädchen hörten die Erscheinungen auf, nachdem in Gegenwart des Kindes die Absicht geäussert worden war, eine Operation am Ohre vorzunehmen. Aehnlich verhält es sich bei der hysterischen Blindheit, sowohl bei Kindern wie bei Erwachsenen. Totale Anästhesien dagegen sind Verf. bei Kindern nicht vorgekommen, sondern nur Anästhesien in leichteren Formen. Die gewöhnlichen Affectäusserungen sind sehr häufig gesteigert. Oft wechseln starke Schrei-, Wein- und Lachkrämpfe miteinander ab. Dann kommen Zuckungen in den verschiedenen Extremitäten vor, manchmal rhythmisch, wie bei der Epilepsie, ferner ziemlich oft die als Chorea magna bezeichneten complicirten Bewegungen und die gewagten turnerischen Leistungen, von *Charcot* als Clownismus bezeichnet. Dabei befinden sich die Kinder gewöhnlich in traumartigen Vorstellungen. Zur Beseitigung dieser hysterischen Zustände ist oft die Anstaltsbehandlung nöthig. Vielfach genügt die einfache Isolirung, die Anwendung einer kalten Douche auf das Gesicht oder eines etwas schmerzhaften faradischen Stromes. Verf. schildert einen sehr prägnanten Fall von einem 12jährigen Mädchen aus den Vogesen, das seit dem neunten Jahre an immer stärker werdenden hysterischen Anfällen litt, schliesslich eine grosse Fertigkeit im Klettern gewann, Bilder, namentlich Crucifixe, von den Wänden riss, fürchterliche Flüche und Gotteslästerungen ausstiess, daher von den Eltern für besessen gehalten wurde, schliesslich aber selbst der Sache überdrüssig ward und

nach einer copiösen Stuhlentleerung erklärte, der böse Geist sei mit abgegangen. Um die Kinder von solchen Anfällen frei zu machen, bedarf es eines entsprechenden Verhaltens der Umgebung, einer andauernden Einwirkung auf sie. Gelegentlich genügt der einfache energische Zuspruch; in heftigeren Fällen bringt man die Kinder in eine nasse Einpackung oder spritzt ihnen Wasser in's Gesicht, was auch in etwas kräftigerer Form dadurch geschehen kann, dass man den Strahl eines Syphons auf sie richtet. Es sind meistens Kinder, die aus belasteten Familien stammen oder die eine schwächende Krankheit durchgemacht haben. Auch den Schuleinwirkungen ist eine Rolle zuzuschreiben, nicht im Sinne der Ueberbürdung, sondern entweder sind es faule Kinder, oder der Lehrer hat sie eingeschüchtert, oder wiederum es sind sehr geweckte, ehrgeizige Kinder, die keinen Nachlass in ihren Leistungen vertragen, oder das lange Sitzen in heissen Räumen wirkt störend ein. Kinder der ersten Kategorie erdichten eine Krankheit, die sie bei ihren Mitschülern gesehen, oder selbst vielleicht früher gehabt haben, um sich vom Schulbesuch frei zu machen. Oftmals besteht doch eine abnorme nervöse Disposition, vor Allem die an sich schon im Kindesalter ausgeprägte Lebhaftigkeit der Phantasie, die gesteigerte Einbildungskraft, die auch wohl die Grundlage der eigenthümlichen Delirien bildet, wie sie bei hysterischen Anfällen eintreten. Auch bei den localen Erscheinungen scheint nach Verf. diese gesteigerte Einbildungskraft massgebend zu sein. Ein leichtes Schwäche- oder Spannungsgefühl wird in der Phantasie des Kindes zur Gebrauchsunfähigkeit oder krankhaften Contraction u. s. f. Diese Erscheinungen lassen sich für die Theorie der Hysterie verwenden. —*r.*

637. ***Zur Casuistik der kryptogenetischen Septicopyämie.*** *Von Docent Dr.* ***Paul Wagner****, Leipzig. (München. med. Wochenschr. 1892. 9—11. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 46.)*

Die Fälle von sogenannter kryptogenetischer Pyämie und die Fälle von gewöhnlicher Wundpyämie zeigen nicht nur ganz ausserordentlich ähnliche oder gleiche klinische Symptome, sondern sie haben auch dieselben Mikroorganismen zu Krankheitserregern, nämlich den Staphylococcus pyogenes aureus und den Streptococcus pyogenes, welche auch die Osteomyelitis und eine Reihe anderer leichterer und schwerster Eiterungsprocesse erregen. Die diagnostischen Schwierigkeiten sind es in erster Linie, die eine gewisse Gegenüberstellung der gewöhnlichen Wundpyämie und der kryptogenetischen Septicopyämie für den Praktiker wünschenswerth erscheinen lassen. In dieser Beziehung erscheint es nicht gerechtfertigt, von letzterer zu sprechen, wenn sich die Infection an einen Abortus oder an eine normale Geburt anschliesst, auch wenn eine genaue Untersuchung der Genitalorgane keine pathologischen Zeichen ergibt. Die wunde Innenfläche des Uterus, die Einrisse in den Vaginalwandungen eignen sich in ausgezeichneter Weise für die Aufnahme von aussen eingeführter, infectiöser Stoffe. Man darf nur nicht vergessen, dass an der Eingangspforte der Infection selbst und in deren Umgebung keine Veränderungen specifischer Natur vorhanden zu sein brauchen; ja dass alle etwaigen Verletzungen schon geheilt sein können, wenn die pyämische All-

gemeininfection beginnt. Verf., welcher schon im Jahre 1881 19 Fälle von kryptogenetischer Septicopyämie aus dem Leipziger Krankenhause mitgetheilt hat, beschreibt 13 neuerdings von ihm beobachtete Fälle und sucht die veranlassende Ursache zur Erkrankung aus der Anamnese und der Untersuchung der Kranken, respective wo dieses möglich war, aus den Ergebnissen der Section zu ermitteln. In einzelnen Fällen konnten vorausgegangene Traumen verantwortlich gemacht werden, in anderen im Leben nicht diagnosticirbare, tiefliegende Abscesse. Ein hervorragendes Interesse haben von jeher diejenigen pyämischen Infectionen geboten, bei denen durch die klinische Untersuchung oder wohl meist erst durch die Section das Vorhandensein einer malignen, acuten, ulcerösen Endocarditis nachgewiesen werden konnte. Die Fälle, in denen der primäre Herd, von welchem die Infection der Herzklappen und dann des übrigen Körpers ausgegangen ist, klinisch oder auch pathologisch-anatomisch nicht nachweisbar ist, gehören auch in das Gebiet der kryptogenetischen Pyämie. Gerade die Diagnose derartiger Fälle stösst auf grosse Schwierigkeiten, namentlich wenn die Kranken erst in einem späteren Stadium zur Beobachtung kommen und directe Herzsymptome fehlen. Meist handelt es sich dann um die Differentialdiagnose zwischen Abdominaltyphus, acuter Miliartuberculose und maligner, ulceröser Endocarditis. Ausser den meist in grosser Häufigkeit auftretenden Haut- und Schleimhautblutungen sind es ganz besonders die von *Litten* zuerst beschriebenen Retinalblutungen, die in zweifelhaften Fällen zur Annahme einer pyämischen Erkrankung berechtigen.

In einem vom Verf. beobachteten Falle schloss sich an eine scheinbar einfache Angina tonsillaris eine eiterige Thrombose des benachbarten Venenstammes bis zur Einmündung in die Vena jugularis und führte zum Tode. In einem anderen Falle nahm die pyämische Infection ihren Ausgangspunkt von einer Perityphlitis und Perforation des Wurmfortsatzes, während die klinische Diagnose sich der Annahme eines Abdominaltyphus zuneigte. In einem weiteren Falle konnte durch die Section ein durch Gallenstein bedingter Leberabscess als Ursache des pyämischen Processes ermittelt werden. Die Hauptschwierigkeit bei der Beurtheilung der kryptogenetischen Septicopyämie liegt in der Diagnose, respective in der Differentialdiagnose. Das Symptomenbild der gewöhnlichen Pyämie ist ein bekanntes, so dass diagnostische Zweifel nicht aufkommen können. Der Hauptsache nach findet man dasselbe Symptomenbild auch bei der kryptogenetischen Pyämie, doch ist vor Allem die Prognose nicht so ungünstig. Auch der bacteriologische Befund in den Fällen von Pyämie sowohl bekannten als unbekannten Ursprunges ist kein vollkommen gleichartiger. Das die pyämische Infection bedingende Virus ist kein einheitliches Gift, es sind vielmehr die verschiedenen Arten der Eitercoccen, die sich bei derartigen Kranken finden: der Streptococcus pyogenes aureus, seltener der Staphylococcus pyogenes albus. In vereinzelten Fällen sind auch noch andere pyogene Mikroorganismen gefunden worden, zuweilen auch Mischungen derselben. Hauptsächlich sind es folgende Affectionen, welche diagnostisch mit der kryptogenetischen Pyämie verwechselt werden können: Abdominaltyphus, acute

Miliartuberculose, acute Exantheme (Pocken, Scharlach, Rose), Malariafieber, und nach *Jürgensen* auch noch acuter Gelenkrheumatismus und Wanderpneumonie. Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen der kryptogenetischen Pyämie und Abdominaltyphus wird man in ganz zweifelhaften Fällen in den Dejectionen den Typhusbacillus nachzuweisen suchen, oder andererseits Eitercoccen im Blute oder im Schweiss. Bezüglich der Frage, ob acute Miliartuberculose vorliegt, wird man gleichfalls im Blut und im Schweiss nach Tuberkelbacillen suchen und auch die Chorioidea auf Tuberkeln durchforschen, wobei gleichzeitig auf eventuelle Retinalblutungen zu achten wäre. Verwechslungen mit den Exanthemen sind wohl nur dann möglich, wenn der pyämische Process einen den betreffenden Affectionen ähnlichen Hautausschlag hervorgerufen hat. Die Erscheinungen seitens der Haut können bestehen in den verschiedensten Formen der hämorrhagischen und der congestiven Hyperämien mit oder ohne Exsudatbildung, die je nachdem als Roseola, Erythem, Erysipel, Scharlach oder Masernausschlag oder als Urticaria imponiren. Ferner sind pemphigusartige Eruptionen, Miliaria und Herpes nicht selten. Mit Malaria kann die kryptogenetische Pyämie namentlich dann verwechselt werden, wenn die pyämischen Schüttelfröste einen gewissen regelmässigen Typus annehmen und wenn ausser der Milzschwellung noch keine sonstigen Symptome der Pyämie bestehen, also im Anfange der Erkrankung Wirkungslosigkeit von Chinin und Fehlen der Malariaplasmodien Malaria ausschliessen lassen. In einzelnen Fällen ähnelte die pyämische Erkrankung in hohem Grade einer epidemischen Cerebrospinalmeningitis, in anderen, von *Leube* beobachteten, einer schweren Urämie.

638. ***Zur Diagnostik und pathologischen Anatomie der Trichinose.*** *Von Dr.* **A. Lewin.** *Aus der medicinischen Klinik des Prof. Lichtheim in Königsberg. (Deutsch. Arch f. klin. Med. Bd. XLIX. Heft 1. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 24.)*

Verf. theilt einen Fall von Trichinose mit, welcher klinisch insofern Interesse bietet, als der Symptomencomplex das Bild eines Abdominaltyphus vortäuschte. Während nämlich die bei Trichinose so regelmässige Anschwellung der Augenlider vollständig fehlte, waren blutige Durchfälle vorhanden; ausserdem bestanden heftige Muskelschmerzen, Nackensteifigkeit, Fieber und ein miliares Exanthem. Die Krankheit begann 8 Tage, nachdem Pat. trichinöses Schweinefleisch genossen hatte und führte nach 26tägiger Dauer zum Tode. Die Autopsie ergab einen geschwürigen Process an der vorderen Wand des Magens in der Mitte zwischen Pylorus und Cardia, von etwa 2 Cm. im Durchmesser. Schleimhaut des Darmes unverändert, *Peyer*'sche Plaques injicirt, aber nicht geschwellt. Milz nicht vergrössert. Stückchen der Extremitätenmuskeln und des Diaphragma wurden in *Müller*'scher Flüssigkeit gehärtet und mit *Ehrlich's* saurem Hämatoxylineosin gefärbt. Es wurde constatirt, dass die vorhandenen Trichinen sämmtlich schon innerhalb der Muskelfasern lagen, jedoch noch nicht eingekapselt waren. Alle Muskelfasern, auch die nicht inficirten, boten Veränderungen dar. Die inficirten Fasern sind angeschwollen, ihr Inhalt ist körnig und nimmt das Eosin im Gegensatz zur gesunden Faser nur sehr schwach

an; die Kerne sind sehr vermehrt und von übernormaler Grösse; in ihnen sieht man bald ein, bald viele mit Eosin roth gefärbte Körnchen, oder das Kerngerüst erscheint als solches in toto eosinophil metamorphosirt. Die nicht inficirten Fasern zeigen gleichfalls Kernvermehrung und öfter Fragmentirung in einzelne Zellen, ferner sind einzelne Fasern ödematös geschwellt, von Längsspalten durchzogen. Im intermusculären Bindegewebe keine Reizungserscheinungen, nur hier und da Häufchen von freien Muskelzellen, vor deren Verwechslung mit Leucocyten der Verf. warnt. Verf. sieht somit die trichinöse Myositis in ihren frühen Stadien als eine rein parenchymatöse Myositis an mit Neigung zu degenerativen Veränderungen.

639. ***Zur Aetiologie und Prophylaxis der Bednar-schen Aphthen.*** *Von Dr.* ***P. Baum.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 34. — Centralbl. f. klin. Méd. 1892. 24.)*

Von den meisten Autoren werden die *Bednar*'schen Aphthen als Decubitalgeschwüre aufgefasst, welche beim Saugeact hervorgerufen werden an den Stellen des harten Gaumens, an welchem die Schleimhaut über den Hamulus pterygoideus gespannt ist. Nur *Henoch* und *Vogel-Biedert,* ebenso wie *Epstein* ziehen als ätiologisches Moment ein starkes Reiben jener Stelle beim regelmässigen Reinigen des Mundes in Betracht. Verf. liess nun 40 Kinder unter dem üblichen Regime der Mundpflege, d. h. der Mund wurde gleich nach der Geburt und jedesmal nach dem Trinken mit einem um den Finger gewickelten und mit kaltem Wasser angefeuchteten Läppchen vorsichtig gereinigt. Von 40 derart behandelten Säuglingen erkrankten 32 (80 Procent) an *Bednar*'schen Aphthen. Bei einer zweiten Versuchsreihe von 50 Kindern unterblieb die Reinigung des Mundes und auch nach der Geburt wurde der Mund vom Schleim nur bei vorhandener Asphyxie befreit. Bei keinem dieser 50 Kinder zeigte sich irgend etwas von Geschwüren. Danach scheint es allerdings, dass die *Bednar*'schen Aphthen in der Regel ihre Entstehung dem Reiben bei der Reinigung des Mundes und nicht dem Saugen verdanken. Verf. ist daher der Ansicht, dass man von der Vorschrift, dass dem Neugeborenen jedesmal nach dem Trinken der Mund auszuwaschen sei. Abstand nehmen müsse und dass auch in dem Hebammenlehrbuch die Verordnung abzuändern sei, welche sagt, „so oft das Kind getrunken hat, muss ihm der Mund mit einem in kaltes Wasser getauchten Läppchen gereinigt werden“. In einem Nachtrage bemerkt Verf., dass er noch weitere 130 Kinder untersucht habe, bei denen jedes Wischen im Munde unterblieb. Nur ein Kind zeigte die Aphthen und bei diesem hatte die Wärterin gegen das Verbot den Mund in alter Weise ausgewischt. Nur einmal, am 10. Tage, trat Soorbildung auf.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

640. ***Behandlung der Bronchitis foetida.*** *Von Prof.* ***Tissier.*** *(Journ. de méd. 1892 Heft 1, pag. 30 ff.)*

Der Verf. gibt gegen Bronchitis foetida eine grössere Anzahl von Heilformeln, von denen wir einige der wichtigsten wieder-

geben. — Ol. Eucalypti ist zunächst wegen seiner den widerlichen Geruch mildernden Eigenschaft hervorzuheben.

Rp. *Ol. Eucalypt. 15·0,*
Ol. Lavend. gutt. 5.

S. 12 Tropfen in ein wenig heissem Wasser zur Inhalation.

Zu internem Gebrauch:

Rp. *Tinct. alcohol. Eucalypt. 2·0,*
Syr. Codein. 20,
Syr. Tolu 20,
Aq. dest. 80.

S. Theelöffelweise in 24 Stunden zu nehmen.

Ausser diesen Eucalyptuspräparaten lobt Verf. das von früher schon bekannte Benzoe. In der Dosis von 2 Grm. hat sie schon als Tinctur durch *Cornil* und *Chauffard* warme Empfehlung bei Bronchitis foetida gefunden.

Rp. *Tinct. Benzoes 1·0,*
Mixt. Gummos. 120.

S. Theelöffelweise in 24 Stunden zu nehmen.

Oder:

Tinct. Benzoes 1—2·0,
Tinct. Cinnamom. 10·0,
Syr. Cort. aurant. 40,
Vin. 110.

S. Theelöffelweise in 24 Stunden zu nehmen.

Myrtol, welches desinficirend, und besonders geruchverbessernd wirkt, wird verordnet:

Rp. *Myrtol Capsul. gelatin. à 0·15.*

S. 3—4mal täglich 2—3 Kapseln.

Von *Lancereaux* warm empfohlen ist:

Rp. *Natr. hyposulf. 4—5·0,*
Syr. tereb. 30,
Aq. dest. 90.

S. Theelöffelweise zu nehmen.

Hausmann, Meran.

641. ***Schwefelbad Ilidže bei Sarajevo in Bosnien.*** *Von Prof. Dr. **Ernst Ludwig**, k. k. Hofrath. Wien 1892. Herausgegeben von der Landesregierung für Bosnien und Hercegovina.*

Das in dem Sarajevsko polje 13 Km. westlich von Sarajevo an der Bahn Sarajevo-Mostar gelegene Schwefelbad Ilidže mit der mächtigen Therme gleichen Namens wurde schon von den Römern zu Heilzwecken verwendet und stand auch in der Zeit der Türkenherrschaft in hohem Ansehen. Die Temperatur des Thermalwassers beträgt in dem Steigrohr 51° C. Dasselbe ist, frisch geschöpft, klar, riecht intensiv nach Schwefelwasserstoff, an der Luft trübt es sich bald, indem Calciumcarbonat und Magnesiumcarbonat sich abscheiden.

Die quantitative Analyse ergab für 10.000 Gewichtstheile des Thermalwassers von Ilidže folgende Werthe:

Schwefelsaures Kalium	0·344
Schwefelsaures Natrium	8·191
Schwefelsaures Strontium	0·030
Borsaures Natrium	0·053

Chlornatrium	0·144
Chlorcalcium	5·100
Unterschwefligsaures Calcium	0·019
Phosphorsaures Calcium	0·013
Calciumbicarbonat	10·666
Magnesiumbicarbonat	4·547
Eisenbicarbonat	0·077
Aluminiumoxyd	0·012
Kieselsäure	0·485
Schwefelwasserstoff	0·039
Freie Kohlensäure	4·946
Lithium, Mangan, Ammoniak	Spuren
Organische Substanz	0·152
Summe der festen Bestandtheile	24·990
Specifisches Gewicht	1·0028

Das Thermalwasser von Ilidže ist demnach charakterisirt durch einen beträchtlichen Gehalt an Glaubersalz, Chloriden (insbesondere Chlorcalcium), doppeltkohlensaurem Kalk und freier Kohlensäure; von Schwefelwasserstoff und unterschwefliger Säure enthält es nur wenig. Es ist bis auf den geringeren Eisengehalt dem Wasser der Quelle Ficoncella in Civitavecchia sehr ähnlich. Die Therme findet nicht nur für Bäder, sondern auch zum innerlichen Gebrauche häufig Verwendung. Zur Erzielung der für die Bäder erforderlichen Temperatur des Thermalwassers wurden zwei entsprechend grosse Kühlbassins angelegt, in welche das Thermalwasser geleitet wird. Von dort wird dasselbe zu den Bädern entnommen und kann dann mittelst des direct zugeleiteten heissen Thermalwassers, wie selbes aus dem Schachte gepumpt wird, behufs Erzielung der gewünschten Badetemperatur entsprechend gemengt werden. Ilidže, welches ausser durch seine Therme, auch durch Lage, günstiges Klima und ausgezeichnetes Trinkwasser alle Bedingungen für einen Curort in sich vereint, wurde Dank der Landesverwaltung durch Neubauten, Anlagen und Verbesserungen auf das mächtigste gefördert, so dass es dermalen, nach der uns vorliegenden Schilderung, sämmtlichen modernen Ansprüchen des Comforts, der Reinlichkeit und des Verkehrs vollkommen entspricht.

—sch.

642. ***Klinische Untersuchungen über Phenocollum hydrochloricum.*** *Von Dr.* ***P. Balzer.*** *Aus der Klinik des Prof. Eichhorst in Zürich. (Therap. Monatsh. 1892. Juni.)*

Verf. resumirt die Ergebnisse seiner Untersuchungen über antifebrile Wirkung, über die Wirkung bei Gelenk- und Muskelrheumatismus, bei Neuralgien, schliesslich über den Einfluss des Phenocollum hydrochloricum auf die Stickstoffausscheidung in folgenden Sätzen: 1. Abgesehen von 2 Fällen mit Cyanose, ohne bedrohliche Erscheinungen, hat Phenocollum hydrochloricum selbst in Tagesdosen von 4·0—6·0 keine unangenehmen Nebenwirkungen gezeigt. 2. Phenocoll ist in Dosen von 1·0 ein gutes und prompt wirkendes Antipyreticum, besitzt jedoch als solches keine Vorzüge gegenüber Phenacetin oder Antipyrin. Der antipyretischen Wirkung entspricht gewöhnlich auch eine Verlangsamung der Pulsschläge, aber nicht im Verhältniss zur Abnahme der Temperatur. 3. In Dosen von 4·0—6·0 pro die ist es als Antirheumaticum wirksam und kann, wo Salicylsäure contraindicirt, dieselbe mit Erfolg ersetzen. 4. Als Antineuralgicum ist es zu empfehlen für die Fälle

refrigeratorischen Ursprunges. 5. Während ein Einfluss auf die Pulsschläge nicht zu constatiren ist, zeigte sich, dass Phenocoll die Stickstoffausscheidung bei Gesunden in bedeutendem Grade steigert.

643. ***Zur Wahl der Einstichstelle bei der Paracentese der Bauchhöhle.*** *Von Dr.* **R. Trzebicky**. *(Arch f. klin. Chir. Bd. XLI. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 25.)*

Bei einer an Ascites leidenden Frau wurde die Punction des Abdomens in der Mitte einer vom Nabel nach dem Darmbeinstachel gezogenen Linie ausgeführt, worauf eine schwere Blutung auftrat. Verf. machte aus diesem Anlasse Versuche an Leichen und kam zu folgenden Resultaten: In der Minderzahl der Fälle kann durch Punction an der von *Mouro* und *Richter* empfohlenen Stelle die Arteria epigastrica oder ein Seitenast derselben verletzt werden. Die Lage der Arteria epigastrica ist nur selten an beiden Theilen gleich. Das Lageverhältniss der Mm. recti zu Arteria ist kein constantes. Es empfiehlt sich, als Einstichstelle entweder die Linea alba oder die äussere Hälfte einer Linie zwischen Nabel und Spina anterior sup. zu wählen und in jedem Falle für Unterbindungsmateriale zu sorgen.

644. ***Erfahrungen über Jambul.*** *Von Dr.* **Leuné**, *Neuenahr. (Therap. Monatsh. 1892. 6.)*

In der neueren Zeit wurde Jambul gegen Diabetes mellitus vielfach empfohlen (s. d. Zeitschr. 1892, Nr. 359). Verf. hat nun im verflossenen Sommer in 5 Fällen das Mittel angewandt und zu 10 Grm. der Fruct. pulv. 3mal pro die genommen. In keinem einzigen Falle war irgend welche günstige Beeinflussung des Krankheitsprocesses zu constatiren, ja in einem Falle trat sogar Verschlimmerung des Zustandes ein, welcher mit Aussetzen des Mittels sich bald wieder hob, und diese Beobachtung ist der Grund zu dieser Mittheilung. Im Allgemeinen wurde die Drogue nur ungern genommen, aber, wie es den Anschein hatte, recht gut vertragen. Nur war es auffallend, dass zunächst einer der Pat. klagte, dass er seit der Medication sich viel schlechter fühle, ein allgemeines Unbehagen mit grösserer allgemeiner Müdigkeit verspüre und dass auch der Appetit nicht mehr so „rege" sei, die Speisen schmeckten nicht mehr so gut; dabei wurde auf die Müdigkeit der Unterschenkel ganz besonders hingewiesen. Wie dieser eine, so klagten ganz genau noch zwei andere, wobei ebenfalls die Müdigkeit in den Unterschenkeln besonders betont wurde. Die Urinuntersuchung zeigte jetzt aber eine wirkliche Steigerung der Zuckerausscheidung, sowohl betreffs der Höhe, als auch, was das Schlimmste war, betreffs der Dauer; denn während der Pat. bis dahin nur noch Morgens nach dem Frühstück eine leichte Zuckerausscheidung aufwies, trat dieselbe unter weiterer Einnahme des Pulvers wieder permanent auf, um, wie bereits bemerkt, nach Aussetzen des Mittels sich glücklicherweise wieder zu verlieren. Bei den anderen Fällen blieb die Zuckerausscheidung den bisherigen Schwankungen ganz unverändert unterworfen, jedoch hatte am Schlusse der Medication bei gleichbleibender Diät die 24stündige Zuckermenge in zwei Fällen schwerer Erkrankungsform um ein Geringes zugenommen. Genommen wurden 540 Grm., 670 Grm. und im dritten Falle 180 Grm. des Mittels. In dem dritten Falle ist Verf. geneigt,

die Steigerung der Zuckerausscheidung auf Conto einer nervösen Beeinflussung des Krankheitsprocesses zu setzen.

645. ***Zur Behandlung der Angina pectoris.*** *Von Dr.* ***Kernig.*** *Vortrag im Verein St. Petersburger Aerzte. 1892. 13. März. (St. Petersburg. med. Wochenschr. 1892. 18.)*

Das häufige Vorkommen des Leidens in Russland hängt mit der grossen Verbreitung der Arteriosclerose zusammen, indem die typische Angina pectoris, von welcher natürlich alle neurasthenischen und hysterischen Herzbeklemmungen auszuscheiden sind, wohl sicher auf Sclerose der Coronararterien des Herzens beruht. Die schweren, stundenlangen Anfälle von Angina pectoris sind wahrscheinlich auf thrombotische oder embolische Vorgänge in den genannten Arterien zurückzuführen. Verf. hat zweimal Gelegenheit gehabt, diese Vermuthung durch die Section bestätigt zu sehen; in beiden Fällen war bald nach einem schweren Anfalle plötzlicher Tod erfolgt und wurde eine umschriebene Erweichung des Herzmuskels (thrombotischer oder embolischer Natur) mit beginnender Demarcation des Herdes gefunden. Für eine solche Entstehung der Anfälle spricht auch die klinische Erfahrung, dass, wie Verf. beobachtet hat, in einzelnen Fällen in den nächsten Tagen nach dem Anfalle pericarditische Erscheinungen auftreten, welche durch einen bis an das Pericard reichenden Erweichungsherd erklärt werden können. Sind diese Voraussetzungen richtig, so ergibt sich für die Therapie die unabweisliche Forderung, solche Kranke während — was selbstverständlich ist — und nach dem Anfalle absolute Ruhe einhalten zu lassen, und zwar so lange (etwa 2 Wochen), dass der Herd im Herzmuskel Zeit hat, zu vernarben; Verf. räth sehr dringend, diese Forderung der absoluten Ruhe auch dann aufrecht zu erhalten, wenn Pat. sich nach dem Anfalle subjectiv ganz wohl fühlt und einen guten Puls hat. Jedenfalls schwebt ein solcher Kranker in der dem Anfalle unmittelbar folgenden Zeit in sehr grosser Gefahr und ist zu hoffen, dass diese Gefahr bei strenger Einhaltung der Ruhe und sorgsamer Vermeidung jeder unnützen Herzarbeit durch Vernarbung des erweichten Herzfleisches vorübergehen kann. In mehreren sehr schweren Fällen, welche Verf. nach dieser Regel behandelte, hat er keinen weiteren Anfall eintreten sehen (in einem Falle bereits seit 4 Jahren kein Anfall). Die Kranken haben ferner auch zu solchen Zeiten, in denen die Anfälle erfahrungsgemäss gehäuft eintreten, sich zu schonen und besonders das Gehen auf der Strasse in schwerer Kleidung absolut zu vermeiden; bei den ersten Anzeichen des Anfalles sollen sie sich sofort ruhig verhalten, respective hinlegen; wenn der Anfall auf der Strasse beginnt, sofort nach Hause fahren, ja nicht versuchen weiter zu gehen. Dahingegen will Verf. den Werth einer regelmässigen und rationellen Bewegung in der anfallsfreien Zeit nicht unterschätzen.

646. ***Die Behandlung des acuten Darmverschlusses mittelst Quecksilber.*** *Von Kreisphysicus Dr.* ***Richter.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 20.)*

Verf. hat unlängst in seiner Praxis einen vollgiltigen Beweis für die Wirksamkeit des Mercurius vivus bei Ileus erlebt und plaidirt dafür, dieses Verfahren nicht wegen mangelhafter theoreti-

scher Begründung aufzugeben. Eine 49jährige Frau, seit mehreren Tagen erkrankt. Verf. fand die Kranke bei zwar noch vollem, aber weichem Pulse, 100 in der Minute, die Zunge mit einem dicken, graugelben Belage bedeckt; der Leib fassförmig aufgetrieben und äusserst berührungsempfindlich. Am Bauche trommelähnlicher, tympanitischer Schall. Es besteht andauerndes Erbrechen, angeblich seit 48 Stunden sich beständig häufend; das Erbrochene stellt eine dünne, übelriechende Kothmasse dar. Diagnose: Darmverschluss. Verf. verordnete sechs Blutegel an den Bauch, gegen das Erbrechen Eisstückchen und Morphium in Aqua amygdalarum amararum. Nachdem dann gegen Morgen Nachlass des Erbrechens eingetreten war, wurden öftere Darmeingiessungen vorgenommen, jedoch ohne Erfolg. Gegen Mittag war der Puls der Kranken im Sinken. Die Gesichtszüge sind verfallen; das Kotherbrechen wiederholt sich seit Vormittags einhalbstündlich; dazwischen beständiges Aufstosssen und Schlucken. Magenausspülungen oder Laparotomie werden von den Angehörigen mit Entrüstung abgelehnt. Nunmehr verordnete Verf. Mercurius vivus, 150 Grm. auf einmal zu nehmen. Das Mittel wird am 21. August am Nachmittage genommen; darauf tritt Apathie ein, so dass die Angehörigen das Ende gekommen wähnen. Gegen Abend erfolgen plötzlich unter lautem Poltern fünf copiöse, dünne, stinkende Stühle bei gleichzeitigem Abgange massenhafter Darmgase. Hierauf tritt mehrstündiger Schlaf ein. Am Tage darauf ist der Leib ziemlich weich, tief eindrückbar, wenn auch hierbei sehr empfindlich. Quecksilber ist in den Stühlen nicht bemerkt worden. Am 24. August die Reconvalescenz in vollem Gange. Verf. regt die Wiederaufnahme des Quecksilbers als Heilmittel gegen Ileus, gestützt auf eine neue Beweisthatsache, an. Vielleicht ist es dem Thierexperimente vorbehalten, das Mittel zu rehabilitiren. Männer, wie *Traube*, waren Fürsprecher der Quecksilbertherapie bei Ileus. Verf. rathet überdies, mit der Darreichung des Mercur bei Ileus nicht zu lange zu zögern, da das Gewicht des sich an der undurchgängigen Stelle des Darmes ansammelnden Metalls ein schon brandiges Darmstück perforiren würde. Als die passendste Einzelgabe bei Erwachsenen empfiehlt er, gestützt auf den im Vorstehenden beschriebenen Heilerfolg, es zunächst mit einer einmaligen Darreichung von 150 Grm. des Metalls zu versuchen und dieselbe im Nothfalle nach einigen Stunden zu wiederholen.

O. R.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

647. ***Ueber die Behandlung der Placenta praevia.*** *Von **N. A. Quisling**, Christiania. (Norsk Magazin. 1892, April, pag. 341.)*

Eine auffällige und kaum erklärliche Vermehrung des Vorkommens von Placenta praevia ergibt die Statistik der Entbindungsanstalt in Christiania. Während in dem 18jährigen Zeitraume von 1858—1875 unter 3111 Geburten nur ein Fall von Placenta praevia (Placenta succenturiata) vorkam, wurden im Jahre 1876—1883 bei 2035 Geburten 15 Fälle (0·73%) beobachtet, von denen 3 den Tod der Mutter (davon 1 vor Vollendung der Geburt) zur Folge hatten, während von den Kindern 7 am Leben blieben, 2 in den ersten

Tagen starben und 6 todt geboren wurden (ein Zwillingspaar kam nicht zur Welt). Von 1883—1886 findet sich kaum unter 1307 Geburten 8mal (0·61%) Placenta praevia, 2 Mütter starben, darunter eine unentbunden nach bedeutenden Blutverlusten; 5 Kinder waren todt geboren. Diese hohe Frequenz entspricht selbstverständlich nicht der Häufigkeit der Placenta praevia in Norwegen überhaupt, sondern dem Umstande, dass alle schweren Fälle von Uterinblutung während der Gravidität der Anstalt von Christiania aus der Stadt zufliessen, aber auch nicht derjenigen im Entbindungshause von Bergen, wo von 1871—1886 unter 1274 Geburten nur 1 Fall vorkam (0·07%), während dort früher (1861 bis 1870) 2 Fälle bei 725 Geburten (0·29%) notirt sind. Ueber die Verhältnisse in Norwegen sind einige Angaben von 1889 vorhanden. Nach den officiellen Berichten starben 1889 17 Frauen an Blutungen während der Geburt (12 auf dem Lande, 5 in Städten). Von 869 Zangengeburten wurden 5 auf Grund von „Blutungen und Placenta praevia" vorgenommen (kein Todesfall bei Müttern, 1 Todtgeburt); unter 129 Fällen von Wendung aus dem angeführten Grunde (5 Todesfälle der Mütter, 16 Todtgeburten), unter 35 Extractionen 1 (mit günstigem Ausgange für Mutter und Kind), unter 3 Accouchement forcé 1 (mit tödtlichem Ausgange für Mutter und Kind). In Christiania wurde in demselben Jahre die Wendung wegen Plac. praevia 9mal (5mal in der Anstalt) ausgeführt; 2 Mütter starben, 7 Kinder kamen todt zur Welt. Im Amte Nedenes, wo die Wendung 2mal wegen Placenta praevia gemacht war, starben beide Mütter später an Puerperalfieber. In der Anstalt zu Christiania ist in der neueren Zeit sowohl der Eihautstich als die Tamponade, als endlich die bimanuelle Wendung nach *Braxton Hicks* und die gewöhnliche Wendung bei vorliegendem Mutterkuchen in Anwendung gebracht worden. Die bei dem Blasenstich gemachten Erfahrungen lassen es unzweifelhaft erscheinen, dass dies Verfahren nur bei Placenta marginalis und Profunda inserta und bei gehöriger Erweiterung des Muttermundes (circa bis 5 Cm.) angewendet werden darf, da das davon zu erwartende Resultat, kräftige Wehen, ausbleiben und bei nicht gehörig erweitertem Muttermunde die dann nöthig werdende Wendung nicht ausgeführt werden kann. In einem Falle, wo die Untersuchung durch einen circa 1½ Cm. grossen Muttermund auf nur marginale oder geringere partielle Placenta praevia schliessen liess, während sich später bei der Geburt fast ein Drittel der Placenta als vorliegend ergab, trat nach dem Blasenstiche permanente Uteruscontraction ohne kräftige Wehen ein und der Versuch, die Wendung nach *Braxton Hicks* auszuführen, misslang. Hier konnte die gewöhnliche Wendung mit lebensrettendem Erfolge angewendet werden, während bei früherer Sprengung der Blase nur die Tamponade möglich gewesen wäre, die ohne Zweifel den Tod durch innere Verblutung nicht verhütet haben würde, da der Effect der Tamponade wesentlich von guten Wehen abhängt. Hinsichtlich der Tamponade ist Verf. der Ansicht, dass, wenn sie auch in vielen Fällen durch das Verfahren von *Braxton Hicks* ersetzt werden kann, sie doch in einzelnen gar nicht zu umgehen ist, wenn nämlich eine lebensgefährliche Blutung zu einer Zeit besteht, wo der Muttermund nur 1 Cm. und weniger weit ist. Die

mitgetheilten Fälle mit tödtlichem Ausgange lassen indess keinen Zweifel, dass die *Kleinwächter*'sche Verurtheilung dieser Methode (Real-Encycl. f. d. ges. Heilk. 2. Aufl., Bd. XV, pag. 619) bei Placenta praevia totalis und lateralis berechtigt ist. Jedenfalls aber ist der Vorschlag Verf.'s in Fällen, wo die Blutung nicht steht, durch Seitenschnitte in den Cervix uteri dem Finger den Weg zur Vornahme der bimanuellen Wendung zu bahnen, beherzigenswerth. Als Material zur Tamponade empfiehlt Verf. Jodoformgaze, die nicht wie Borsäurewatte erst zu Kugeln zusammengeballt zu werden braucht. Sehr günstiges Resultat gab in den schwersten Fällen die bimanuelle Wendung, z. B. in einem Falle von totaler Placenta praevia und in einem solchen von hochgradiger Placenta praevia lateralis bei gleichzeitiger Schiefstellung des Kopfes. Doch warnt Verf. wegen zu befürchtender Cervixruptur vor zu frühzeitiger Extraction. Die Gefahren des Verfahrens für die Frucht sind von vielen Seiten überschätzt, wenn man bedenkt, dass bei Placenta praevia lateralis die Lebenswahrscheinlichkeit des Fötus in Folge der frühzeitigen Geburt eine geringere ist und nach grösseren Blutverlusten die Kinder oft asphyctisch zur Welt kommen und in einigen Monaten zu Grunde gehen. *Husemann.*

648. ***Anheilung eines von der Kreissäge abgerissenen Fingers.*** *Von Dr. **Richard Hilbert**, Sensburg. (Centralbl. f. Chir. 1892. 20.)*

Stets ist bei Anheilungsversuchen vor Allem darauf Gewicht gelegt, dass die Beschaffenheit der Wunden eine glatte und reine sei, dass die Wundflächen, wenn sie nicht schon an und für sich mittelst eines scharfen Instrumentes zugefügt waren, noch nachträglich geglättet werden müssten, was, wie später gezeigt werden wird, nicht unbedingt nothwendig ist. Verf. hat nun, als Arzt bei 3 Dampfschneidemühlen, sehr oft Gelegenheit gehabt, Sägeverletzungen an den oberen Extremitäten zu behandeln und ist dabei mit conservativem Verfahren stets zu guten Resultaten gelangt. In zahlreichen, Finger, Hände und Arme betreffenden Sägeverletzungen fiel es ihm auf, dass die Heilung sehr gut, oft sogar per primam erfolgte, und dass Durchsägungen von Gliedern zur Hälfte bis Dreiviertel ihrer Dicke, sowie Eröffnungen der Gelenke mittelst dieses so grob wirkenden Instrumentes ohne Anstand heilten, so dass er die anfangs noch zuweilen geübten Amputationen oder Exarticulationen seit etwa 5 Jahren nicht mehr vornahm. Am 25. Februar, 11 Uhr Vormittags, kommt der Schneidemühlenarbeiter Joh. Sp., 45 Jahre alt, mit der linken Hand in die Kreissäge. Um 1 Uhr Mittags erscheint derselbe in Verf.'s Wohnung, nachdem er etwa 5 Km. zu Fuss gegangen. Die Besichtigung ergab folgenden Befund: Die Volarseite der 2. Phalanx des 4. und 5. Fingers linkerseits zeigt je eine die Mitte dieser Phalanx einnehmende und quer verlaufende Wunde mit zerfetzten Rändern; dieselbe ist an beiden Fingern je 2·5 Cm. lang und klafft 1 Cm. Die Weichtheile sind bis auf den Knochen hin zerfetzt. Der Zeigefinger ist in derselben Höhe (Mitte der 2. Phalanx) ganz durchtrennt: das obere hängt mit dem unteren Ende nur durch eine fadendünne Brücke von Bindegewebe in der Nähe der ulnaren Seite des durchtrennten Knochens zusammen. (Pat. wollte dieselbe durch-

reissen, was Verf. kaum zu hindern vermochte, obwohl es auch nicht geschadet hätte.) Haut und Weichtheile sind stark zerfetzt und sugillirt, am proximalen Stumpf bemerkt man 3, je 1 Mm. im Durchmesser haltende, vieleckige Knochenstücke, die sofort entfernt werden; beide Wundflächen sind mit Sägespänen stark verunreinigt. Blutung minimal. Therapie: Abspülung und gründliche Reinigung der Wundflächen mit 3procentiger Carbolsäurelösung, genaue und feste Lagerung auf einer kleinen volaren Schiene, Bestreuung mit Jodoformpulver, Bedeckung mit Watte und Einwicklung mit einer leinenen Binde. Keine Naht. 27. Februar Verbandwechsel. Distales Ende des Fingers warm. Pat. empfindet dortselbst nicht Nadelstiche. Lage der Stümpfe gut. 12. März. Verklebung ist zwischen den Wundrändern eingetreten. Pat. fühlt leise einen Nadelstich im distalen Ende des Fingers. 19. März. Auf der inneren und auf der unteren Circumferenz des Fingers ist Heilung per primam eingetreten. Pat. hat gutes Gefühl im distalen Ende des Fingers. Aussen und dorsalwärts etwas Eiterung. 26. März. Die Eiterung besteht noch fort. 2. April. Die ganze Circumferenz der Wunde ist mit trockenem Schorf bedeckt. 16. April. Nach Abnahme des Schorfs zeigt es sich, dass der Finger überall, auch bezüglich der Knochen, fest angewachsen ist. Finger steif. Ord. Massage. Auf solche Weise wurde ein Finger erhalten, dessen Anheilung wahrscheinlich kein Arzt versucht hätte. Dieser Fall zeigt, dass auch in scheinbar sehr ungünstig liegenden Fällen, bei Quetschung und Zerreissung von Weichtheilen nebst Zersplitterung von Knochen, doch noch Anheilung, sogar zum Theil per primam erfolgen könne.

649. ***Behandlung maligner Tumoren mit Anilinfarbstoffen.*** *Von Dr.* ***Nanu****, Bukarest. Vortrag am VI. franz. Chirurgen-Congress 1892. (Wien. med. Wochenschr. 1892. 25.)*

Auf der Abtheilung *Seneneanu's* wurde das Pyoctanin in 25 Fällen von Epitheliomen und Carcinomen angewendet und dabei die histologische Untersuchung von *Babes* ausgeführt. Täglich wurden durch einige Wochen Quantitäten von 5 bis zu 12 Grm. (Lösung 1 : 100) injicirt. Verf. constatirte in einer Reihe von Fällen eine Besserung, die in der Abnahme der Schmerzen, Verschwinden der Eiterung und des fötiden Geruches (bei Uteruscarcinom) bestand, in der anderen Reihe von Fällen Heilung. Die Heilung erfolgt so, dass die am meisten tingirten, am besten injicirten Partien abgestossen werden, nachdem das Pyoctanin die Gewebe, in die es eingedrungen war, necrobiotisch gemacht hatte. Diese Necrobiose erfolgt wahrscheinlich auf dem Wege der Thrombose, was die histologische Untersuchung und Thierversuche zu beweisen scheinen. Vor den Causticis hat das Pyoctanin unter Anderem den Vortheil, dass es auf das gesunde Gewebe keinen Einfluss ausübt.

650. ***Ueber chirurgische Anwendung des Thiophendijodid.*** *Von Dr.* ***Aug. Hock****, Wien. (Therap. Monatsh. 1892. Febr. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 50.)*

Das Thiophen ist ein schwefelhaltiger Kohlenwasserstoff der aromatischen Reihe; das Thiophendijodid ist Thiophen, in welchem zwei Atome Wasserstoff durch zwei Atome Jod vertreten sind. Es krystallisirt in schönen Tafeln, ist in Wasser unlöslich, in

Aether, Chloroform und warmem Alkohol sehr leicht löslich. In Substanz hat es einen charakteristischen, nicht unangenehmen, in Form der verwendeten 10proc. Gaze einen schwachen, angenehm aromatischen Geruch. Verf. hat das Präparat in einer grossen Reihe von chirurgischen Fällen in Anwendung gezogen: Intoxicationserscheinungen wurden niemals beobachtet; bei solchen Pat., die längere Zeit mit dem Präparate in Substanz behandelt wurden, war Jod in Spuren im Urin nachzuweisen. Wenn energische Desinfection gewünscht wird, so empfiehlt es sich, das Pulver in Substanz in die Wunde einzubringen. Es verklebt im Gegensatz zu austrocknenden Pulvern nicht zu Schorfen, macht aber auch keine Secretretention. Auf Wunden gebracht erzeugt es ein leichtes Brennen. Die Desodorisation ist eine vollkommene und dem Jodoform weit überlegen. Die Granulationsbildung tritt langsamer ein als unter Jodoform, doch sind die Granulationen fester, kleiner, zeigen weniger Tendenz zur Wucherung.

651. ***Die Behandlung der tuberculösen Hüftgelenksentzündung, Contractur und Ankylose.*** *Von Dr.* ***Dollinger.*** *(Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. I, Heft 4. — Centralbl. f. Chir. 1892. 23.)*

Bei der Behandlung der Coxitis mit Gewichtszug ist der wirksame Factor die Ruhigstellung des Gelenkes; die Möglichkeit einer Distraction desselben ist nicht bewiesen. Die Ruhigstellung kann man aber auf eine für den Pat. und seine Umgebung bequemere Weise durch einen fixirenden Verband erreichen. Zur Behandlung der Contractur bedarf es der Osteotomie nur selten; das Brisement forcé hat Verf. früher angewandt, jetzt aber verlassen, ebenso die Correction der Gewichtsextension, er verfährt gegenwärtig auf folgende Weise: der Kranke wird horizontal auf 2 Eisenstangen gelegt, so dass die Lendenlordose verschwindet; der Rumpf wird mit einem die Eisenstangen einschliessenden Gypsverbande umgeben. Ist dieser erhärtet, so wird das kranke Bein gegen die eine Eisenstange angezogen und von der Hüfte an nach abwärts ein Gypsverband um das Bein und die Eisenstange angelegt. Nach dem Erhärten werden die Eisenstangen herausgezogen. Bei stärkerer Beugung in der Hüfte wird die Eisenstange nicht in den Verband hereingenommen, sondern nur das in mässigem Grade gestreckte Bein eingeschlossen und dann nach 6—8 Tagen das Redressement fortgesetzt. War zur Zeit des Redressements die Entzündung geschwunden, so kann der Kranke 1—2 Wochen nach Beendigung der Streckung zu gehen anfangen; im anderen Falle muss gewartet werden, bis alle Entzündungserscheinungen vorüber sind. Bei abgelaufenem Process sollen keine Bewegungen mit dem Gelenke vorgenommen werden, da sonst die Entzündung aufgerührt wird. Während der Fixirung nimmt oft die Beweglichkeit zu. Resecirt wird bei tuberculöser Coxitis: 1. wenn im acuten Stadium bedeutende Schwellung mit hohem Fieber einhergeht, und diese Symptome während der Fixirung nicht verschwinden, 2. bei secundärem Beckenabscess, 3. wenn Fisteln vorhanden sind und der Kranke fiebert.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

652. ***Ueber Iritis bei Eiterung der Nase und ihrer Nebenhöhlen.*** *Von Dr.* ***Ziem****, Danzig. (New-York. med. Monatsschr. 1892. Mai.)*

Schon vor fünf Jahren hat Verf. die Frage von der Abhängigkeit mancher Entzündungen der Regenbogenhaut von primären eiterigen Erkrankungen der Nase und ihren Nebenhöhlen durch Verschleppung des Eiters mittelst der Venen oder Lymphgefässe in den Uvealtractus angeregt (Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1887, pag. 358). Er recapitulirt zuerst den damals veröffentlichten Fall einer Kranken, die mit rechtsseitiger Iritis durch 13 Tage mit Atropin und innerlich Calomel behandelt worden war, wo zwar vollkommene Mydriasis eintrat, die heftigen Schmerzen aber erst nach Durchspülung der Nasenhöhle mittelst der Druckpumpe plötzlich schwanden, nachdem sich ein entsetzlich riechender Eiter aus der rechten Nasenhälfte in reichlicher Menge entleert hatte; darauf vollkommene Heilung in 12 Tagen ohne Atropin durch feuchte Ueberschläge, Schwitzcur und tägliches Ausdrücken der Nase. Ferner wird ein zweiter schon veröffentlichter Fall erzählt (Berlin. klin. Wochenschr. 1890, Nr. 36; 1891, Nr. 24). Eine Dame wird bereits fünf Monate an chronischer Iritis behandelt, es war Occlusio pupillae, Spannungszunahme und Amaurose eingetreten, der entzündliche Process und Schmerzen dauerten fort. Erst nach einem Vierteljahre entschloss sich die Kranke, die von Verf. vorgeschlagene Anbohrung der rechten Kieferhöhle vornehmen zu lassen. Es entleerte sich etwas Eiter, am nächsten Tage war das Auge blässer und nach 14 Tagen, während welcher der Sinus täglich mit Salzwasser durchspült worden war, konnte der seit acht Monaten getragene Verband weggelassen werden. Das ziemlich stark eingeschränkte Gesichtsfeld des linken Auges war normal geworden. Verf. veröffentlicht jetzt folgenden neuen Fall: Ein 37jähriger Mann bemerkt seit 5—6 Wochen flottirende Trübungen im rechten Auge. Am linken war er nach einer in der Kindheit überstandenen Entzündung schwachsichtig. An beiden Augen zahlreiche Synechien, die Iris hyperämisch, nach vorn getrieben. Rechts Finger in 4, links in 3·5 M.; Gesichtsfeld rechts mässig, links stark eingeengt. Ophthalmoskopisch: Trübung der brechenden Medien. Es findet sich vollkommene Versperrung der linken Nasenhälfte durch Hereinragen der verbogenen Nasenscheidewand, so dass das Einziehen der Luft durch diese nur bei abgehobenem Nasenflügel möglich ist, mässig starke Anschwellung der Schleimhaut am Hinterende der linken unteren Nasenmuschel, ziemlich reichlicher schwefelgelber Eiter kommt bei Durchspülung der Nase mittelst der Druckpumpe zum Vorschein. Es wurde zweimal täglich die Nasenhöhle durchspült und jener Vorsprung des Septum abgesägt. Schon am folgenden Tage ist das Sehen auf beiden Augen besser, die Vorderkammer ist tiefer; nach sechs Tagen eechts S $^5/_{24}$, links S $^5/_{60}$; das Gesichtsfeld ist beiderseits erheblich vergrössert. Verf. hält es für wahrscheinlich, dass die Besserung der Nasenathmung durch die Operation und die Durchspülungen durch Vermehrung der

Aspirationsgrösse der Lungen für das kreisende Blut, somit auch des normalen Blutumlaufes in der Nase und den Nachbarorganen einen sehr wesentlichen Einfluss auf das Augenleiden ausgeübt haben.

v. Reuss.

653. ***Ueber Elektrolyse in den oberen Luftwegen.*** *Von Dr.* ***L. Grünwald.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 17. — Prag. med. Wochenschr. 1892. 22.)*

Verf. demonstrirt an 74 Fällen den Vortheil dieser Behandlungsmethode gegenüber den thermischen und chemischen Aetzungen. Das Verfahren wurde bei Krankheiten des Rachens (chronischer Catarrh), der Nase (chronische Nasenverstopfung) und des Kehlkopfes in Anwendung gezogen und dazu eine einfache Tauchbatterie mit 32 Elementen benützt. Die sehr guten Erfolge, die Verf. besonders bei flachen Schwellungen der unteren Muscheln sah, erklärt er sich durch die Vernichtung der Nervenendigungen, durch deren enorme Reizbarkeit die krankhafte Schwellung der Gewebe auf reflectorischem Wege zu Stande kommt und deren Ausschaltung nun diesen krankhaften Reflex unterbricht. Bei circumscripten Schwellungen, Knochenblasen und bei Nachbehandlung von Polypenresten trat kein besonderer Vorzug vor den bisher gebräuchlichen Methoden zu Tage. Günstig wirkte die Elektrolyse bei Tuberculose des Kehlkopfes, und zwar bei den Fällen, welche bei fehlender oder geringfügiger Geschwürsbildung hauptsächlich abgegrenzte Infiltrate, respective Tumorenbildung darboten. Auch bei einem Falle von Pachydermia syphilitica und bei Bestehen einer subchordalen, fibrösen Kehlkopfstenose war der erzielte Erfolg ein günstiger.

654. ***Ueber intraoculäre Erkrankungen in Folge von Nasenkrankheiten.*** *Von Dr.* ***Ziem,*** *Danzig. (München. med. Wochenschr. 1892. 16.)*

Verf. beobachtete folgenden Fall: Ein 68jähriger Mann leidet an einem Tumor, der die Nase beiderseits, aber besonders links verstopft. In der linken Hälfte der Nase eine unregelmässige höckerige Wucherung; in der linken Hälfte des Nasenrachenraumes eine dieselbe grösstentheils erfüllende, höckerig anzufühlende Geschwulstmasse. Das linke Oberlid geschwollen, fast unbeweglich herabhängend. Bulbus nach vorn und abwärts getrieben, nur in minimalster Weise beweglich. Bindehaut injicirt, Pupille weit und starr, Amaurose am rechten Auge, S $^5/_9$, venöse Retinalhyperämie, starke Gesichtsfeldeinschränkung. Der Kranke, der heftige Schmerzen in seinem linken Auge hat, bittet um Herausnahme desselben; doch liess sich weder von dieser, noch von irgend einer anderen Operation ein Nutzen erwarten. Bei der Ausspritzung der Nase mittelst Druckpumpe entleert sich jedoch eine grosse Menge übelriechenden Eiters, worauf sich der Kranke sofort erleichtert fühlt und bei fortgesetzter Behandlung war das Gesichtsfeld des rechten Auges zu fast normaler Grösse zurückgekehrt. Nach 8—10 Wochen starb der Kranke an dem Fortschreiten der malignen Wucherung. Der Erfolg der Behandlung zeigte, dass es sich hier um keine retrobulbäre Neuritis gehandelt hat, sondern um eine Rückstauung von der angeschwollenen Nasenschleimhaut nach dem Innern des Bulbus. „Durch Herstellung der normalen Nasenathmung und Ver-

stärkung der Aspirationskraft der Lungen wird die Circulation, wie im ganzen übrigen Körper so auch im Gefässgebiete der Nase und ihrer Umgebung, der Orbita, des Bulbus, des Ciliarkörpers erneut, so dass nach Entlastung des letzteren auch die Blutströmung innerhalb der Netzhaut und des Sehnerven und hiermit die Function dieser Theile zur Norm zurückgeführt wird.“ *v. Reuss.*

655. ***Heilung von angeborener Blindheit. Operation eines doppelten congenitalen Staars.*** *Von Dr.* ***Bribosia*** *jun. (Arch. d'ophthalm. 1892. Februar. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. Mai 1892.)*

Verf. operirte einen Knaben von 15 Jahren mit angeborener etwas geschrumpfter Cataract beider Augen. Es bestand etwas Glaskörpererweichung und starker Nystagmus. Bei herabgesetzter Beleuchtung konnte der Pat. in Folge der grösseren Weite der Pupille eben noch schwach die Contouren grösserer Gegenstände erkennen, sonst bestand nur quantitative Lichtempfindung, Farbenempfindung fehlte. Das Gesichtsfeld lässt sich nicht genau aufnehmen, scheint aber etwas eingeengt. Die Operation wurde an beiden Augen mit einer Pause von acht Tagen zwischen den zwei Operationen ausgeführt, und zwar so, dass Verf. mit einer Lanze einen linearen Schnitt machte und sodann mit einer gezahnten Kapselpincette die Cataract herauszog. Eserin. Verband. Einige Wochen später war der sehr intensive Nystagmus schon bedeutend geringer und bald zeigte sich, dass der Knabe mit seinen Staargläsern zunächst grössere Gegenstände, dann auch kleine gut erkannte. Die Farben unterschied er bald als verschiedene Lichteindrücke, wenn er sie auch erst nach einigen Uebungen benennen lernte. Die Wahrnehmung der Körperlichkeit und die Fähigkeit der Schätzung der Distanzen wurde unter Leitung des Tastsinns allmälig ebenfalls erreicht. Der Nystagmus wurde nur mehr störend, wenn man den Pat. durch scharfe Beobachtung seelisch erregte. Sonst war er unbedeutend, wie die centrale Sehschärfe der beiden Augen ($^6/_{10}$ und $^5/_{10}$) beweist. Die Sehschärfe war übrigens während der Beobachtungsdauer noch im Wachsen begriffen, der Pat. lernte bald lesen und schreiben und wurde auch in seinem Allgemeinbefinden, das bisher ein recht schlechtes war, erheblich gebessert.

656. ***Notiz zu dem Prismenversuche behufs Nachweises der Simulation einseitiger Amaurose.*** *Von* ***A. Gräfe.*** *(Klin. Monatsh. f. Augenhk. 1892. Februar. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1892. Mai.)*

Man lässt eine circa 2 M. entfernte, gerade vor dem zu Untersuchenden befindliche Kerzenflamme bei horizontaler Blickrichtung fixiren und führt nun ein etwa 18gradiges Prisma quadratischer Form, die scharfkantige Basis vertical nach oben, von der Wange her sehr langsam in senkrecht aufsteigender Richtung dem Auge zu. Das Doppelbild tritt in diesem Falle von unten her unfehlbar in Erscheinung, wenn die Prismenbasis ungefähr den Hornhaut-, respective Pupillarrand erreicht hat. Hierdurch entsteht bei einem normalen Auge unbedingt monooculäre Diplopie. Bei einem Simulationsfalle ist es zweckmässig, den ersten solchen Versuch während des Verbandes des angeblich blinden Auges auszuführen, um dem zu Explorirenden so schweigend beizubringen, dass mit einem Auge doppelt gesehen werden kann, und dass die Angabe von

Doppelbildern etwas Belastendes somit nicht zu haben braucht. Hierauf ist das Experiment nach scheinbar unabsichtlichem Freigeben des anderen Auges zu wiederholen. Der Versuch, in dieser Art ausgeführt, ist, widersprechend der Ansicht von *Benzler*, eines der besten Mittel, die Simulation einseitiger Blindheit aufzuklären.

657. ***Ueber einen Fall von traumatischer totaler Ophthalmoplegia exterior et interior und den Einfluss reflectorisch centraler Impulse auf die Heilung.*** *Von* **O. Pfalz.** *(Klin. Monatsh. f. Augenhk. 1892. Februar. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1892. 5.)*

Die Spitze einer Feile drang bei einem Schlosser in der Nähe des inneren Lidwinkels durch das untere Lid hindurch in die rechte Augenhöhle. Darnach trat eine vollständige Lähmung sämmtlicher innerer und äusserer Augenmuskeln neben leichtem Exophthalmus auf. Zunächst wurde Elektricität und Strychnin angewandt, jedoch ohne Erfolg, später durch Heftpflasterstreifen das gesunkene obere Lid gehoben. Nach letzterem Verfahren verschwanden im Verlaufe von 8 Wochen alle Lähmungserscheinungen. Das Sehvermögen war ziemlich intact geblieben. Verf. ist der Ansicht, dass es sich um eine Blutung in der Orbita handelte, welche auf die motorischen Nerven drückte. Das heilende Moment sei das Licht. Die Reizung des Opticuskernes wirkte reflectorisch auf die Kerne der übrigen Augennerven und hatte einen belebenden Einfluss auf ihre Thätigkeit.

Dermatologie und Syphilis.

658. ***Ueber Phthiriasis der Augenlider.*** *Von* **Jullien.** *(Gaz. d. hôp. 1892. 5. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892. Heft 4.)*

Nach einer Uebersicht über die Literatur der seltenen Localisation der Filzlaus an den Augenwimpern weist Verf. zunächst auf das vorwiegende Befallenwerden der Kinder hin; oft findet man sie zugleich in den Augenbrauen; auch ist die Combination mit Pediculus capitis nicht selten, wie die sich auch in einem von ihm beobachteten Falle fand. Sodann beschreibt er genau das Aussehen der von dem Parasiten befallenen Augenlider, welche gewöhnlich das Bild einer mehr minder heftigen Blepharitis darbieten, zu der sich manchmal eine heftige Conjunctivitis gesellt; er weist auch auf die nach seiner Ansicht häufige Verwechslung mit einer Blepharitis squamosa hin; gegenüber den sonst angewendeten antiparasitären Mitteln und dem Abschneiden der Cilien empfiehlt er die mechanische Entfernung der Parasiten und ihrer Eier mit einer Pincette als das schonendste und radicalste Verfahren.

659. ***Zur Aetiologie des Scleroms des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und Nase (Rhinoscleroma).*** *Von Dr.* **Paltauf.** *(Wien. klin. Wochenschr. 1891. 52. 53; 1892. 1. 2. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892. Heft 4.)*

Während das typische Bild des Rhinoscleroms primär an der äusseren Nase auftritt und die bekannten harten Platten bildet, um secundär die Schleimhaut des Rachens, des Kehlkopfes und der Trachea zu ergreifen, zeigt *Paltauf* wie die Krankheit primär vom

Kehlkopfe und der Trachea ausgehen kann, um secundär die äussere Nase und die Lippen zu befallen. Man verwechselte in solchen Fällen Sclerom mit Lues; allein die histologische und bacteriologische Untersuchung mit dem constanten, positiven Befunde von Kapselbacterien zeigte, um was es sich handelt. Im Kehlkopfe beginnt das Uebel als Chorditis subvocalis hypertrophica in Form diffuser Infiltrate, wobei die Gewebe nicht hart wie auf der äusseren Nase, sondern weich erscheinen; doch kommen auch hier kleine Knoten vor. An der Trachea erscheint das Sclerom als sogenannte primäre Trachealstenose mit Bildung tumorartiger Wülste und Narben. Die Diagnose wurde in einigen Fällen nur aus dem bacteriologischen Befunde gemacht und da die Bacterien causal mit dem Uebel zusammenhängen, schliesst *Paltauf* ähnliche Fälle bei Mangel an Bacterien aus der Gruppe Sclerom aus. Die von *Mikulicz* beschriebenen Kugeln werden als Degenerationsproducte, hervorgerufen durch die Bacterien, angesehen. *Paltauf* identificirt die Rhinosclerombacterien keineswegs mit den *Friedländer*'schen Pneumoniemikroorganismen, obschon er beide für verwandt hält und keine durchschlagenden Differentialunterschiede aufstellen kann. Doch unterscheiden sich die Sclerombacterien von den früheren durch verminderte Virulenz, vermindertes Gährungsvermögen in Zuckerlösungen, grössere Empfindlichkeit gegen Säure und durch das Verhalten in Milch, so zwar, dass sie Milch nicht zum Gerinnen bringen.

660. ***Zur Excision der syphilitischen Induration.*** *Von Dr.* **Spillmann.** *(Le mercredi méd. 1892. 2. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892.)*

Verf. wurde ein junges Mädchen, welches seit einigen Tagen mit einem syphilitischen Manne Umgang gehabt hatte, zur Beobachtung überwiesen. 10 Tage nach der ersten Untersuchung, welche seitdem jeden dritten Tag wiederholt worden war, zeigte sich am freien Rande des linken kleinen Labium eine linsengrosse, oberflächliche, nicht indurirte Erosion. Sofortige Abtragung der Schamlippe, Heilung per primam. Am 18. Tage leichte Verhärtung der Narbe und Schwellung der Inguinaldrüsen, später Roseola und andere syphilitische Erscheinungen. Verf. hält die Excision des syphilitischen Primäraffectes, wenn sie auch noch so frühzeitig vorgenommen wird, in prophylactischer Beziehung für nutzlos; sie sei aber ausserdem gefährlich, weil sie den Pat. in Sicherheit wiege und ihn von einer energischen antisyphilitischen Cur abhalte.

661. ***Erythema keratodes in der Hohlhand und auf der Sohle.*** *Von* **H. G. Brooke.** *(Brit. Journ. of Dermat. 1891. November. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892. Heft 4.)*

Die von Verf. in zwei Fällen beobachtete Dermatose besteht in einem scharf begrenzten, chronischen Erythem der Handteller und Fusssohlen, das zu einer Hypertrophie der Hornschicht führte und von einem solchen Grade von Oedem und Empfindlichkeit begleitet war, dass alle Bewegungen erheblich beeinträchtigt wurden. Bei beiden Fällen fand Verf. eine eigenthümliche Entwicklung von mehr oder weniger hornartigen, erythematösen, paarigen Knötchen auf der Streckseite der Fingergelenke. Der Verlauf der Affection war ein allmäliger. Bei der einen Pat. blieb

der Zustand mehrere Monate hindurch unverändert, nachdem ein gewisses Stadium erreicht war. Die in beiden Fällen angewendete Therapie (Salicyl-Ichthyolvaselin) brachte in dem einen Falle Heilung, in dem anderen Besserung. Die Affection ist weder mit Psoriasis, noch Eczem, Lues, Lichen planus, noch mit Ichthyosis, Keratoma palmare und chronischer Arsenvergiftung identisch. Am meisten ähnelt sie der Keratodermia erythematosa symmetrica Besnier, zeigt jedoch auch von dieser so wesentliche Differenzen, dass Verf. sich zu der Aufstellung eines neuen Krankheitsbegriffes und demzufolge zur Wahl des im Titel genannten Namens berechtigt glaubte.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

662. ***Beiträge zur Lehre vom Stoffwechsel des Menschen bei acuter Phosphorvergiftung.*** *Von Dr.* ***E. Münzer.*** *Aus der med. Klinik des Prof. R. v. Jaksch. (Centralbl. f. klin. Med. 1892. 24.)*

Es muss auffallen, dass bei der acuten Phosphorvergiftung, bei welcher es zu einer Erkrankung der Leber in toto kommt, eine eingehende Untersuchung über das Verhältniss der einzelnen Stickstoffcomponenten im Harne des Menschen nicht vorliegt. Der Wunsch, diese Lücke auszufüllen und die Hoffnung hierbei, zu gewissen massgebenden Resultaten bezüglich der Stellung der Leber im Stickstoffwechsel zu kommen, veranlassten Verf. in den im Laufe des letzten Jahres auf der Klinik zur Beobachtung gelangten Fällen von Phosphorvergiftung — 8 an der Zahl, worunter 6 Todesfälle — eine genaue quantitative Bestimmung der einzelnen Stickstoffbestandtheile des Harnes vorzunehmen. Das Resultat dieser Untersuchungen ist in Kürze folgendes: Die acute Phosphorvergiftung des Menschen verläuft in der gleichen Weise wie die des Thieres. Es kann der Tod in der kürzesten Zeit eintreten durch Herzlähmung. In dieser Zeit liegt, entsprechend der allgemeinen tiefen Depression des Organismus, auch der Stickstoffwechsel total darnieder, und der Kranke scheidet weniger Stickstoff durch den Harn aus, als selbst der Mensch im Hungerzustande. Parallel dieser Verminderung der Gesammtstickstoffausscheidung ist auch die ausgeschiedene Harnstoffmenge sehr gering; relativ jedoch, das heisst im Verhältniss zur Gesammtstickstoffausscheidung braucht die Harnstoffausscheidung in diesem Stadium nicht verringert zu sein und kann bis 91 Procent des Gesammtstickstoffes betragen. Ueberlebt der Kranke dieses Stadium, so tritt die deletäre Wirkung des Phosphors auf das Organeiweiss ein und es kommt zu einem gesteigerten und abnormen Eiweisszerfall. Die Gesammtstickstoffausscheidung steigt rasch an und erreicht, insbesondere mit Rücksicht auf den Hungerzustand des Vergifteten, abnorm hohe Werthe, 10—14—18 Grm. für den Tag. Wie theilt sich nun dieser Stickstoff in die einzelnen Stickstoffcomponenten auf? Vor Allem erscheint der Harnstoffstickstoff vermindert (70—80 Procent), der

Ammoniakstickstoff stark vermehrt (10—18 Procent). Spricht dies schon für die Harnstoffbildung in der Leber? Ist die vermehrte NH_3-Ausscheidung etwa nur die Folge der durch Erkrankung der Leber bedingten verminderten synthetischen Function derselben? Verf. glaubt schliessen zu dürfen, dass die Ammoniakvermehrung im Harne mit Phosphor vergifteter Menschen durch abnorme Säurebildung im Organismus bedingt ist. Die von verschiedenen Autoren bei anderen Lebererkrankungen ausgeführten Stickstoffbestimmungen haben ebenfalls eine Vermehrung der NH_3-Ausscheidung ergeben und wird es sich fragen, wie weit dieses Ammoniak behinderter Harnstoffbildung seinen Ursprung verdankt oder ob nicht vielmehr die Vermehrung des Ammoniaks auch hier nur die Bedeutung der Neutralisation vermehrt gebildeter Säure (oder abnormer Säuren, Fettsäuren) an sich trägt, eine Frage, deren Entscheidung Verf. und Dr. *H. Winterberg* in Angriff genommen haben. Was die Harnsäureausscheidung betrifft, so hat dieselbe durch *Horbaczewski* einiges Interesse erlangt, insofern dieser aus theoretischen Gründen annimmt, dass, entsprechend dem starken Nucleinzerfalle bei Phosphorvergiftung, eine vermehrte Bildung und Ausscheidung von Harnsäure vorhanden sein dürfte. Nun findet man, kurz gesagt, diese Vermehrung anfangs nicht. Es zerfällt eben zuerst vor Allem das Protoplasmaeiweiss, wie man sich durch mikroskopische Untersuchung leicht überzeugen kann, und erst später zerfallen auch die Zellkerne, welcher Kernzerfall dann in einer geringen Steigerung der Harnsäureausscheidung seinen Ausdruck findet. Was das Vorkommen von Säuren betrifft, so ergaben die Bestimmungen Verf.'s dass der Alkaliwerth des Ammoniaks allein den aller vorhandenen Säuren übertrifft, und da die Harne stark sauer reagirten, kann es keinem Zweifel unterliegen, dass abnorme Säuren hier vorhanden waren; ob dies Fleischmilchsäure war, muss er dahingestellt sein lassen, dagegen hat er sich überzeugt, dass in den acutest verlaufenden Fällen von Phosphorvergiftung Fettsäuren im Harne nicht vorhanden waren; nur in einem Falle, welcher mehr subacut verlief, und bei dem es zu starkem Icterus und lange dauerndem Coma mit Ausgang in Genesung kam, waren grosse Mengen von Fettsäuren (Essigsäure und Ameisensäure) im Harne nachweisbar, Befunde, welche denen von *v. Jaksch* vollkommen entsprechen. Die Abnahme der Alkalescenz des Blutes, wie sie von *H. Meyer* experimentell, von *v. Jaksch* zuerst beim Menschen nachgewiesen wurde, könnte nach *Kraus* ihre Erklärung finden in einem Zerfalle der rothen Blutzellen, wie er von fast allen Autoren bei Phosphorvergiftung angenommen wurde und wird. Die von *O. Taussig* auf *v. Jaksch'* Klinik in dieser Richtung angestellten Untersuchungen ergaben, dass beim Menschen niemals ein Zerfall von rothen Blutzellen nach Phosphorvergiftung nachgewiesen werden kann, dass jedoch die Angaben *A. Fränkel's* und *Röhmann's*, dass Phosphorvergiftung bei Hühnern rapiden Zerfall der rothen Blutzellen herbeiführt, richtig ist. Für den Menschen muss also die Ursache der abnormen Säuerung nach Phosphorvergiftung in dem abnormen Stoffwechsel der einzelnen Organzellen selbst gesucht werden.

Loebisch.

663. ***Ueber Lungenemphysem.*** *Von Prof.* ***P. Grawitz.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 10. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 13.)*

Nach *Traube* soll das wahre Lungenemphysem dadurch zu Stande kommen, dass beim trockenen Catarrh der Bronchien ein Verschluss kleinster Luftröhrenästchen durch zähen Schleim stattfindet, und dass alsdann sowohl bei der Erweiterung des Brustraumes bei der Einathmung, als auch bei der Ausathmung und bei Hustenstössen der dahinter liegende Abschnitt der Lunge unter hohen Druck geräth, welcher Schwund der Alveolarscheidewände zur Folge hat. Um letzteren Schwund zu erklären, hält *Virchow* den mechanischen Druck allein nicht für ausreichend, er glaubt vielmehr, dass das Lungengewebe vorher eine gewisse Schwäche besessen habe, welche den später eintretenden Schwund vorbereitet. Verf. erscheinen beide Erklärungsversuche ungenügend, weil die Haupteigenthümlichkeiten des wahren Emphysems, nämlich seine besondere Localisation an den scharfen Lungenrändern und der Pigmentmangel der emphysematös veränderten Stellen, dadurch nicht erklärt werden. Alle, sowohl die peripher gelegenen Lungenbezirke, als auch die central gelegenen, stehen stets unter gleichem Luftdruck, dagegen werden letztere durch zahlreiche Anastomosen seitens der Bronchialarterien besser mit Blut versorgt, als erstere; deswegen können Ernährungsstörungen in den Randpartien der Lunge leichter vorkommen. Nach wochenlanger chronischer Vergiftung von Kaninchen mit Phosphorwasserstoffinhalationen findet sich in Folge auftretender Circulationsstörung neben ödematöser Beschaffenheit der Gewebe in den Randpartien der Lungen das Bild des wahren Emphysems. Bei dieser Form des Emphysems, das Verf. hydropisches Emphysem nennt, findet aus den stark erweiterten Lymphwegen des Bindegewebes eine Anschwemmung des Pigments statt. Beim herzkranken Menschen beobachtet man hydropisches Emphysem in Folge zeitweiliger Herzschwäche. Eine zweite Art des Emphysems bezeichnet Verf. als entzündliches Emphysem. Um das Zustandekommen desselben zu erklären, benützt er die Resultate seiner neuesten Arbeiten über das Verhalten der Bindegewebszellen bei progressiver Ernährungsstörung. Nach Verf. entstehen die Bindegewebsfibrillen aus den ursprünglichen embryonalen Bindegewebszellen selbst durch Umwandlung, andererseits kann unter krankhaften Ernährungsstörungen das fertige faserige Bindegewebe wieder in den ursprünglichen, dem Embryo eigenthümlichen, rein zelligen Zustand zurückkehren. Von besonderer Wichtigkeit ist diese Auflösung der festen Bindegewebslagen in frei beweglichen Zellen für die Erklärung des Pigmentschwundes aus dem Lungenparenchym bei entzündlichen Processen in der Lunge. Aus den langen perlschnurartig aufgereihten Pigmentkörnchen werden wieder Spindelzellen, die die erweiterten Saftcanäle füllen und fortwandern. Verf. fand in sehr stark kohlenpigmenthaltigen Lungen die entzündeten Partien hellroth, fast pigmentfrei; das Pigment war aus letzteren in das Gewebe der Milz und Leber angeschwemmt. Auch nach Ablauf der Entzündung sticht die erkrankt gewesene Stelle durch ihren Mangel an Farbstoff von den gesund gebliebenen ab. Werden solche Abschnitte

des Bindegewebes und der Alveolen, welche bei der Entzündung eine vollständige Umbildung erfahren hatten, nur unvollständig oder gar nicht zurückgebildet, so entsteht eine Atrophie, das heisst ein Emphysem, das wegen seiner Entstehungsart als entzündlich bezeichnet werden kann. Auch bei länger dauernder mangelhafter Ernährung, besonders im hohen Alter, erfährt das Bindegewebe eine Rückbildung in der Weise, dass Bindegewebsfasern wieder zu Zellen werden, gleichzeitig findet ein Uebertritt von pigmenthaltigen Zellen in die Lymphbahn statt und ein Verschwinden der Kohle aus den atrophischen Bezirken — „atrophisches Emphysem“; — es entsteht als Altersemphysem am häufigsten in den scharfen Lungenrändern, wo die schwächste Circulation besteht, und betrifft nicht nur die Alveolarsepta, sondern auch das Bindegewebe, und lässt in der Regel nur in dem Pleuraüberzug noch einen Theil intacter kohlenstaubhaltiger Zellen unberührt fortbestehen. „Das wahre Lungenemphysem ist also ein Schwund von Alveolarsepten und Bindegewebe, welcher entweder durch eine vorausgegangene Entzündung unter dem Erwachen der Grundsubstanz zu zelligen Elementen verursacht ist, oder demjenigen langsamen Umbildungsprocess der Fasern zu Zellen bei schwach ernährten und greisen Individuen zuzuschreiben ist, den wir bisher ohne eine Kenntniss der histologischen Vorgänge als einfache Atrophie oder insensible Atrophie des Bindegewebes bezeichnet haben.“

664. ***Ueber die Anfertigung von Sputumschnitten und die Darstellung der eosinophilen Zellen in denselben.*** *Von* **Hans Aronsohn** *und* **Paul Philip.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. — St. Petersburg. med. Wochenschr. 1892. 18.)*

Die zu untersuchenden Sputa lässt man direct in eine kaltgesättigte Auflösung von Sublimat in 0·75 Procent Kochsalzwasser expectoriren, woselbst sie 6—12 Stunden verbleiben. Nach kurzem Abspülen in Wasser folgt die Uebertragung in 70 Procent Alkohol, dem Jodtinctur bis zur Burgunderfärbung hinzugesetzt wird und der, falls Entfärbung eintritt, erneuert wird, dann weitere Härtung in reinem Alkohol von aufsteigender Concentration. Die durch die Härtung geschrumpften Ballen werden für je 24 Stunden in eingedicktes Cedernholzöl, Xylol und gesättigte Paraffinxylollösung gebracht: schliesslich kommen sie auf 24 Stunden in den Brutschrank in einer bei 37° gesättigten Paraffinxylollösung und dann 4—6 Stunden in Paraffin von geeignetem Schmelzpunkt. Nach dieser Bearbeitung war es den Autoren möglich, durchweg Schnitte von fünf Mikra und darunter zu erhalten. Bei einem 9jährigen Knaben mit typischem Bronchialasthma gelang es in den auf eben beschriebene Weise vorbereiteten Sputumschnitten eosinophile Zellen in einer Massenhaftigkeit und typischen Art nachzuweisen, wie es in anderer Weise nicht möglich ist. Gerade für die Untersuchung des Asthmasputums ist nach den Autoren die Methode sehr geeignet.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

665. ***Die keimtödtende, die globulicide und die antitoxische Wirkung des Blutserums.*** *Von* **H. Buchner.** *(München. med. Wochenschr. 1892. 8. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 20.)*

Die Forschungen über die bacterienfeindlichen Eigenschaften des Blutes führten zu dem Ergebniss, dass dem Blutserum unmittelbar nach seiner Entnahme aus dem Organismus gewisse Wirkungen und Eigenschaften innewohnen, welche bei längerer Aufbewahrung ausserhalb des Organismus allmälig wieder verloren gehen, oder durch kurz dauernde Erwärmung auf 52 bis 55° C. rasch zerstört werden können; was die nähere Natur dieser Wirkungen anlangt, so handelt es sich hierbei nicht blos um die keimtödtende, sondern vor Allem auch um die sogenannte globulicide Action des Serums, das heisst um die Fähigkeit, rothe Blutkörperchen fremder Species zu zerstören. Da die keimtödtenden und globuliciden Wirkungen beim nämlichen Temperaturgrad verschwinden, so liegt es nahe, anzunehmen, dass sie durch die gleichen oder wenigstens analoge Substanzen im Serum bedingt sind. Die Stoffe, welche dieses wirksame Princip im Serum darstellen, gehören in die Gruppe der Eiweisskörper: was für Eiweisskörper es sind, ob alle eiweissartigen Bestandtheile sich an dieser Wirkung betheiligen, oder ob es specifische Eiweisskörper sind, ist noch nicht hinreichend geklärt. Als neu fügt Verf. hinzu, dass Serum von Hunden und Kaninchen, mit steriler physiologischer Kochsalzlösung 5- oder 10mal verdünnt, nur wenig seine keimtödtende und globulicide Eigenschaft verändert, dagegen bei gleicher Behandlung mit blossem Wasser fast wirkungslos auf Bacterien wird; durch nachträglichen Zusatz von Kochsalz bis zum Normalbetrage von 0·7 Procent kann die bereits verloren gegangene Wirkung wieder hergestellt werden; es kann daher die Wasserverdünnung des Serums unmöglich eine tiefer greifende Veränderung der Eiweisskörper in ihrer Structur bewirken; sonst wäre eine Wiederherstellung der genannten Function durch ein so grobes Mittel, wie der nachträgliche Zusatz der Salze ist, nicht möglich. Im Serum haben wir sicherlich, wie Verf. geistreich ausführt, keine rein chemischen, sondern physiologische, von hochstructurirten Substanzen ausgehende Wirkungen zu vermuthen, welche sich nicht hauptsächlich auf einfache moleculare Verbindungen, sondern wiederum auf analoge, complicirter gebaute, labile Substanzen erstrecken. Mit der Wirkung auf die lebenden Zellen kann die Action des Serums noch nicht abgeschlossen sein. Im Weiteren führt Verf. aus, dass die Theorie verlangt, dass das Serum normaler Thiere überhaupt, wie es eine keimtödtende und globulicide Wirkung besitzt, auch eine antitoxische, das heisst eine giftzerstörende Action auf Toxalbumine von Bacterien, wenn auch in sehr verschiedenem Grade, auszuüben befähigt sei. Die Erfahrungen über diesen Punkt sind allerdings noch gering, aber es kann doch schon constatirt werden, dass eine solche Wirkung überhaupt existirt; daneben fand sich dann, was theoretisch vermuthet werden durfte, dass das Serum der einen Thierspecies zerstörend wirkt auf die Alexine der anderen Species. (Unter Alexine versteht Verf.

die wirksamen Stoffe im Blutserum, gleichviel ob sich deren Action auf Bacterien, oder auf rothe Blutzellen oder Leucocyten, oder andere thierische Zellen bezieht.) Hundeblutserum vernichtet nicht blos Kaninchenblutzellen, sondern es lähmt auch die keimtödtende Action des Kaninchenserums. Ein Gemisch von Hundeserum und Kaninchenserum wirkt dementsprechend weniger stark tödtend auf Typhusbacillen, als jede der beiden Serumarten für sich. Die antitoxische Wirkung des Serums immuner Thiere kann demnach nur als eine gradweise specifische Steigerung einer allgemeinen und normalen Function des Serums gelten, nicht als etwas absolut Neues.

666. ***Die Lehre von den Folgezuständen nach Gehirnerschütterung.*** *Von Dr.* **M. Friedmann.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 39. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 23.)*

Verf. beobachtete 2 tödtlich verlaufende Fälle von Commotio cerebri. Das klinische Bild derselben war kurz folgendes: Bei zwei jüngeren Individuen findet ein nur mässig schwerer Insult des Kopfes statt. Sofort nachher tritt Schwindel, Kopfschmerz und Kopfnervenlähmung auf. Nach einigen Wochen wesentliche Besserung der subjectiven Beschwerden, dann allmäliges Einsetzen von schweren periodisch auftretenden Paroxysmen, von Kopfschmerz und Schwindel bis zur Apathie und Benommenheit. Diese steigern sich, gelegentlich selbst von Extremitätenlähmung und Fieber begleitet. Nach einiger Zeit psychische Beeinträchtigung und schliesslich tödtlicher Ausgang nach 1 respective 3 Jahren. Während die makroskopische Untersuchung des Gehirnes und Schädels keinerlei Veränderung zeigte, ergab die mikroskopische Untersuchung sehr wesentliche pathologische Abweichungen. In allen Gefässen bis zu den kleinsten Capillaren war eine Ueberfüllung von Blut zu constatiren. Zweitens waren letztere lacunär oder aneurysmatisch bis zu oft hohem Grade erweitert. Drittens zeigte sich häufig die adventitielle Gefässscheide erweitert und zum Theil reichlich mit Blutpigment, sowie mit Rundzellen angefüllt, wie sonst nur bei schweren Entzündungen. Viertens kamen allenthalben kleinere Gefässe mit hyalin entarteter Wandung vor. Auch die Pia mater zeigte Rundzellenexsudation. Der Befund stimmt überein mit den Sectionsbefunden von *Kronthal* und *Sperling* nach traumatischer Neurose. Die Untersuchungen des Verf. zeigen, dass Störungen nach Gehirnerschütterungen nicht, wie bisher angenommen wurde, auf sogenannter functioneller anatomisch nicht sichtbarer Störung beruhen, sondern auf histologischen Veränderungen des Gehirnes, die bereits mit unseren mikroskopischen Hilfsmitteln erkennbar sind.

667. ***Ueber Unterleibsbrüche in ihrer Bedeutung für das Unfallversicherungsgesetz.*** *Von Dr.* **Blasius.** *(„Unfallversicherungsgesetz und Arzt.“ Berlin 1892. — Med. Neuigkeit. 1892. 23.)*

Verf. erörtert die für das Unfallgesetz wichtige Frage: „Ist es denkbar, dass ein gefüllter Bruch, welcher ja aus einer sackartigen Erweiterung des Bauchfelles und einem hineingefallenen Eingeweidestück besteht, so entstehen kann, wie es sich der Laie vorstellt, dass Jemand z. B. schwer hebt oder einen Schlag vor den Leib erhält und dass er, der vorher ganz gesund war, nunmehr einen gefüllten Bruch hat?“ Die Antwort müsse lauten: „Nein!“ Unter Bruch versteht Verf. die in der Regel angeborene

sackartige Ausstülpung des Bauchfelles; wenn ein Theil der Eingeweide in diese Ausstülpung vorgefallen ist, so spricht er von gefülltem Bruch; man dürfe also auch nicht von Einklemmung des Bruches, sondern von Einklemmung des Bruchinhaltes sprechen. Eine dauernde sackartige Erweiterung des Bauchfelles kann nicht plötzlich entstehen. Das Einwirken einer plötzlichen Gewalt auf den Bauch gegen einen vom Bauchfell überspannten Ring könnte höchstens zur Folge haben, dass dieses einreisse und der Darm aus dem Bauchfell heraus unter die äusseren Bedeckungen trete. Dieses gewaltsame Zerreissen von Geweben müsste aber schwere Verwundungserscheinungen bedingen, wie sie nach den Erfahrungen aller Chirurgen nicht gefunden werden. Mit der vom Verf. vertretenen Anschauung steht nun der in einer Entscheidung vom Jahre 1888 ausgesprochene Standpunkt des Reichsversicherungsamtes in Widerspruch: „Nicht die bestehende Anlage zu einem Leistenbruche, sondern das sogenannte Austreten des Bruches (d. h. eines Theiles der Eingeweide durch die Bruchpforte des Leistencanales) ist die, die Gewährung einer Entschädigung nach dem Unfallgesetz bedingende Thatsache.“ Diese Auffassung des Reichsversicherungsamtes hält Verf. für unhaltbar. Es könne sich hier nur um die erstmalige plötzliche Füllung eines Bruches im Zusammenhang mit einer intensiven Anstrengung der Bauchpresse handeln. Nach der Ansicht des Verf. wie der meisten Chirurgen, insbesondere *Roser's*, ist die Füllung des meist angeborenen Bruches eine allmälige, sie ist eine „Krankheit, welche erst in die äussere Erscheinung tritt, wenn sie eine bestimmte Höhe erreicht hat“. Zur Füllung eines Bruches gehöre nicht blos eine Anstrengung der Bauchpresse, sondern erstens das Vorhandensein eines Bruches, zweitens eine Ausdehnung der Bruchpforte, drittens wahrscheinlich noch eine Verlängerung der betreffenden Gekrösetheile. Zur allmäligen Entwicklung dieser letzteren Bedingungen bedürfe es keines besonderen traumatischen Anlasses; es wirken in diesem Sinne die täglichen Anspannungen der Bauchpresse, Husten, Niesen, Drängen beim Stuhlgang. „Wenn Jemand eine plötzliche Anfüllung seines Bruches zu bemerken glaubt und meint, er sei nun zum Rentenempfang berechtigt, so irrt er! Es liegt nur eine plötzliche Vermehrung der Anfüllung vor, welche allerdings vorkommt. Er empfindet zum ersten Male, dass ihn eine längst bestehende Krankheit belästigt.“ Es sei eine häufig zu beobachtende Thatsache, dass dem Laien das Vorhandensein eines Bruches entgehe Nach Allem hält sich Verf. für berechtigt, den Satz auszusprechen: „Eine plötzliche, erstmalige, dauernde Füllung eines Bruches ist undenkbar, wenn nicht zugleich eine Einklemmung des Bruchinhaltes oder eine Zerreissung der Bruchpforte (d. h. des Ringes) stattfindet.“ „Der Bruch ist also eine vielleicht allmälig die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Krankheit und fällt höchstens unter das Invaliden-, niemals aber unter das Unfallgesetz.“

Die Frage: „Inwiefern ist ein Bruchkranker in seinem Erwerbe geschädigt?“ ist nach Lage des einzelnen Falles zu beantworten. Die Ansicht des Verf. ist hierbei folgende: „ein Bruch, d. h. die sackartige Ausdehnung des Bauchfelles an und für sich behindere die Erwerbsfähigkeit des Kranken gar nicht.“ Lässt sich

der Bruchinhalt in die Bauchhöhle zurückbringen und wird durch ein passendes Bruchband gut zurückgehalten, so tritt der Fall ein, als ob der Bruch überhaupt nicht gefüllt wäre. Unter diesen Umständen sei der Bruchkranke sogar in besserer Lage, weil die Möglichkeit der Einklemmung ausgeschlossen sei. Nach der täglichen Beobachtung seien Bruchkranke mit reponiblem Bruche und entsprechendem Bruchband vollkommen in der Lage, alle Arbeiten zu verrichten. Verf. schliesst sich der in einem Gutachten von Professor *Oberst* ausgesprochenen Ansicht an: „Sollten durch den Bruch Störungen bedingt sein, so würden sich dieselben durch das Tragen eines Bruchbandes, im äussersten Falle durch einen operativen Eingriff leicht beseitigen lassen.“ *Villaret* erklärt die mit Brüchen Behafteten nur deshalb für felddienstunfähig, weil es leicht vorkommen könne, dass im Felde das Bruchband defect werden und nicht ein Ersatz geschaffen werden kann. Erwerbsbeschränkung bis zur Vollinvalidität kann nur dann gegeben sein, wenn der Bruch so gross ist, dass er nicht mehr durch ein Bruchband zurückgehalten werden kann oder z. B. wegen Verwachsungen überhaupt nicht zurückzubringen ist. Verf. befindet sich auch hierin im Widerspruch mit der vom Reichsversicherungsamt ausgesprochenen Anschauung, welche in dem Satze liegt: „Denn die durch das Leiden verursachten Beschwerden, sowie der Umstand, dass der Bruch sich einklemmen und dadurch für Gesundheit und Leben gefährlich werden kann, nöthigen den bruchleidenden Arbeiter zum Tragen eines gut passenden Bruchbandes und zur sorgsamen Obacht darauf, dass dasselbe den Bruch dauernd zurückhalte; indem aber der Arbeiter dieser Beschränkung bei der körperlichen Arbeit und deren Auswahl stets eingedenk sein muss, ist er in der Ausnützung der sich auf dem Arbeitsmarkte bietenden Erwerbsgelegenheit behindert, — seine Erwerbsfähigkeit mithin gegen früher gehindert.“ Verf. betrachtet das Tragen eines Bruchbandes gleich dem Tragen einer Brille als Gewohnheitssache. Die Möglichkeit der Einklemmung des Bruchinhaltes durch einen Unfall gibt Verf. zu; doch führe diese wohl selten zum Unterstützungsanspruch, da in der Regel Heilung innerhalb der ersten 13 Wochen eintrete und durch die Operation und Beseitigung des Bruchsackes der Betroffene sogar besser daran sei als vor der Operation. „Stirbt aber der Mann, welcher sich durch einen Unfall eine Einklemmung zugezogen hat, mit oder ohne Operation, so ist die Familie unterstützungsberechtigt.“ Es kommen endlich ausnahmsweise Brüche vor, welche in einem mittelbaren Zusammenhang mit einem Unfall stehen, nämlich die durch Narben in Folge Verwundung oder Operation bedingten. Nach Verf. werden daher die Berufsgenossenschaften gut thun, trotz ärztlicher Gutachten, bei jedem Falle von Bruch das Vorhandensein eines Unfalles zu bestreiten.

Diesen Ausführungen von Verf. gegenüber citiren die „Med. Neuigkeit.“ die Ansicht *Lauenstein's* über den Zusammenhang von Brüchen und Unfällen. *Lauenstein* sagt: Wir wissen, dass die Bruchanlage, die mangelhafte Obliteration des Processus vaginalis peritonei in der Regel von Geburt an besteht. Aber die Bruchanlage kann Jahrzehnte vorhanden sein, ohne den Träger im Mindesten zu belästigen oder zu behindern. Erst die Verletzung bewirkt den

Eintritt von Eingeweiden in den Bruchsack und führt damit für den Verletzten die Gefahren der Hernie und eine gewisse Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit herbei. So bedinge auch der durch ein Bruchband zurückgehaltene Bruch die Unmöglichkeit, die körperlichen Leistungen z. B. eines Matrosen zu verrichten, wie das Vorhandensein eines Bruches vom Militärdienst befreit. Es entsteht nun häufig die Frage, ob die Radicaloperation solcher durch einen Betriebsunfall entstandener Brüche anzurathen sei. Trotz der Verbesserung unserer Resultate durch die moderne Asepsis sei diese Operation nicht für ein absolut gefahrloser Eingriff zu erklären, da die Mortalität doch noch immer 1—3% beträgt. In 15—25% der Fälle recidivirt die Hernie. Man dürfe also die Operation dieser Hernien nur auf ausdrücklichen Wunsch ihrer Träger vornehmen.

668. ***Feststellung der Identität einer Person, deren Lage in der Erde und wahrscheinlichen Todesart aus wenigen Knochen des Skeletts.*** *Von Dr.* **Wollner.** *(Friedreich's Bl. f. gerichtl. Med. 1891. 6. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 25.)*

Am 23. Mai 1887 verschwand eine 58jährige Frauensperson in Fürth spurlos. Am 16. Juni 1891, 7 Uhr Morgens, wurde dortselbst ein neuer Sack gefunden, in dem sich Theile eines menschlichen Skeletts, ein Schuh und Reste von Kleidungsstücken befanden. Ausser kleinen Knochen fand man an skelettisirten Knochen vor: 1. Schädel mit Unterkiefer, 2. die rechte Beckenhälfte, 3. das linke Bein, an dem jedoch Theile des Fussskelettes fehlten. In der Nasenhöhle Humus und Maden; an den einzelnen Extremitätenknochen Kalk. Vier Fragen waren in diesem Falle zu beantworten: 1. Ist Grösse, Alter und Geschlecht einer Person aus obigen Knochenresten zu ermitteln? 2. Ist der Beweis möglich, dass die Knochen Skeletttheile der verschwundenen Person sind? 3. Wo und auf welche Weise war die Leiche aufbewahrt? 4. Hat die Person, deren Reste vorliegen, ihr Leben auf gewaltsame Weise verloren? Aus der Länge der Schenkelknochen war zu ersehen, dass sie einer Person mittlerer Grösse angehört hatten, nach den Beckenknochen handelte es sich um ein Weib, nach den verwachsenen Schädelsuturen und dem Schwund des Alveolarrandes des Unterkiefers um eine ältere Person. Ein noch vorhandenes Gebiss der verschwundenen Person passte sehr gut auf die Kieferknochen des Fundes (Aussage des Zahnarztes, der sich an das defecte Gebiss der Verschwundenen erinnerte). Der aufgefundene Schuh und die spärlichen Kleiderreste wurden mit hoher Wahrscheinlichkeit, aber nicht mit aller Bestimmtheit, als der Verschwundenen angehörig diagnosticirt. Es liess sich nichts Stichhältiges gegen die Behauptung einwenden, dass die Knochenreste der verschwundenen Person angehören. Ferner wurde constatirt, dass die Leiche wohl beerdigt, aber nur mit wenig Erde und nicht tief begraben gewesen sei. (In und um Fürth ist unter einer dünnen Humusschichte reiner gelber Keupersand.) Aus der Stellung der Knochen zu einander ging ferner hervor, dass die Leiche mit forcirter Beugung im Knie (und wohl auch im Hüftgelenk) bestattet gewesen sei. Hierfür spricht schliesslich der Umstand, dass das eingetrocknete Gehirn nicht am Hinterhaupt, sondern an der

Schädelbasis sich befand. Der Zustand des Schädels wies ferner auf eine Verletzung hin, welche vermuthlich keine sofort tödtliche gewesen ist.

Berichte
über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

669. *Das Pilgerreglement auf der internationalen Sanitätsconferenz in Venedig.*

(Aus die „Internationale Sanitätsconferenz in Venedig". Hygien. Rundschau. 1892. 4.)

Die österreichische Regierung, welche durch die bosnisch-herzegowinischen Pilger an der Pilgerfahrt interessirt ist, sah sich, durch den officiellen Rapport des Dr. *Karlinski,* welcher im Jahre 1891 die Quarantaine in El Tor, die Sanitätsvisite in Suez, und die Missstände auf den Pilgerschiffen persönlich kennen gelernt hatte, veranlasst, gewisse Verbesserungen in der Pilgerfrage zu fordern. Die durch die gleichzeitig erschienenen und vorgelegten Veröffentlichungen des Dr. *Karlinski* und Dr. *Kaufmann* gereizten Delegirten zum Conseil in Alexandrien suchten mit allen Mitteln die Berathung über die Pilgerfrage zu hintertreiben, offenbar in der Furcht, dass das indolente Verfahren des Conseil in Alexandrien und die Leichtfertigkeit, mit welcher die Sanitätspersonen in El Tor und Suez ihren Pflichten nachkommen, blossgelegt würden. Dank der energischen Unterstützung von Seiten des deutschen Delegirten zum Conseil in Alexandrien, Dr. *Kulp*. und der türkischen Delegirten gelang es dennoch, diese Missstände zur Sprache zu bringen, ohne dass Personen genannt wurden. Das Exposé des Dr. *Karlinski* lautete: „M. H.! Meine Regierung hat mich hauptsächlich zu dem Zwecke zu der hier tagenden Conferenz entsendet, damit ich die Uebelstände der Quarantainestation El Tor, die ich aus eigener Erfahrung kenne, klar darlege und Vorschläge zu deren Verbesserung mache. Sie erlauben mir also, dass, bevor wir zur Berathung über die Verbesserungen schreiten, ich Ihnen auch die Uebelstände kurz skizzire. Ich gestatte mir an dieser Stelle zu bemerken, dass ich mich verpflichte, jedes meiner Worte gegen alle zulässigen Einwendungen zu vertheidigen, und behaupte zunächst, dass die Station in El Tor, so schön auch die Berichte des Directors und Generalinspectors lauten, eine ganz zweckverfehlte ist, dass sie absolut keinen Schutz gegen die Einschleppung der Cholera nach Egypten und somit auch nach Europa bietet. Ich gehe noch weiter, indem ich sage, dass vermöge gewisser localer Verhältnisse die Station El Tor zur Zeit geeignet ist, ein Infectionsherd zu werden. Die bis jetzt in El Tor geübte Desinfection ist absolut unzureichend, ein Desinfectionsofen, selbst aus der besten Fabrik herstammend, ist ein theures, unnützes Möbel, wenn man nicht mit ihm umzugehen versteht, und als Beweis, dass man mit dem Apparat nicht umzugehen wusste, genügt vielleicht, wenn ich anführe, dass trotz 20 Minuten langen Verbleibens im Ofen, obwohl der ausströmende

Dampf 114° C. zeigte, die im Innenraume befindlichen Bacterien und deren Sporen gar nicht getödtet wurden. Ja, als Beleg für die ganz schlechte Behandlung des Dampfofens kann ich noch erwähnen, dass die zugleich mit den Pilgereffecten eingelegten Paraffin-, Siegellack- und Wachsstücke weder geschmolzen waren, noch irgend welche Veränderung erlitten, was schon bei 50° C. geschehen müsste, und es wundert mich gar nicht, dass Dr. *Pollak* berichtet, er habe im Jahre 1890 auf den so „desinficirten“ Effecten lebende Flöhe herumspringen sehen.

Diese Uebelstände muss ich allein der Unkenntniss der damit betrauten Beamten zuschreiben, die sich ihrer Verantwortung gänzlich unbewusst waren und glaubten, dass die Pilgereffecten desinficirt und dadurch jedwede Gefahr einer Weiterschleppung verhindert wäre. Auf diese Weise wirkt die Einrichtung der Station El Tor direct schädlich, da man sich auf die nicht existirende Desinfection verlässt. Die chemische Desinfection, so wie sie in El Tor gehandhabt wurde, ist ebenfalls eine unzureichende, da man mit einer Sublimatlösung desinficirte, die kein Sublimat enthielt! Wer heut zu Tage glaubt, dass das einfache Bespritzen von Zelten und Kleidern mit einer antiseptischen Lösung irgend einen Werth als prophylactisches Mittel habe, gibt sich selbst ein Testimonium paupertatis. Ich glaube, dass die heissen Sonnenstrahlen in El Tor dort viel mehr desinficirten, als der Dampfofen, die antiseptischen Lösungen und die herumschreienden Officiere und Beamten zusammengenommen. Ich will an dieser Stelle noch kurz erwähnen, dass die Desinfection der Effecten der Pilger, auch die Desinfection der Schiffe, eine unzulängliche war. In dieser Hinsicht ist das „Réglement intérieur pour la station El Tor“ mit einer beispiellosen Nachlässigkeit gehandhabt worden. Und dafür, dass diese meine Worte keine Phrase sind, kann ich anführen, dass das Schiff Nuhmet Houda, welches am 10. August 1891 in El Tor eintraf und dort 21 Tage verblieb, dem ich nachher mit den bosnischen Pilgern meine weiteren Schicksale auf der Heimreise anvertraute, El Tor in einem Zustand verliess, welcher ein deutliches Zeichen dafür ablegte, dass die Latrinen, das Verdeck und sonstige Räume gewiss seit der letzten Pilgerfahrt nicht gereinigt worden waren.

Neben der schlechten Desinfection spielen die mangelhaften Wasserverhältnisse in El Tor eine grosse Rolle. Dr. *Koch* hat im Jahre 1883 das Trinkwasser daselbst gut befunden, es war dies aber eben nach den Regengüssen im Monat November. Die letzte Analyse stammt aus dem Jahre 1885. Schon 1890 ist das Wasser als schlecht befunden worden; nach meiner Untersuchung gab es nur eine Quelle, die ein halbwegs trinkbares Wasser lieferte, die übrigen 5 Quellen gaben ein Mineralwasser, welches viel Magnesiumsulfat, Chlor und organische Substanzen enthielt, und daher zum mindesten abführend wirkte. Was that also die Direction in El Tor? Sie mischte das gute mit dem schlechten Wasser, liess es in die einzelnen Pilgersectionen bringen, es dort offen, dem Staub und den Fliegen ausgesetzt, stehen, erlaubte, dass jeder Pilger seine schmutzigen Hände sammt den noch schmutzigeren Gefässen hineintauchte, und hatte weder Augen noch Nase dafür, dass die Tausende

von Pilgern bei der herrschenden Hitze stinkiges schmutziges Wasser zu trinken bekamen. Ist es nicht die höchste Menschenschinderei, dass man Dysenteriekranke, deren es Hunderte in den verschiedenen Pilgersectionen gab, mindestens 400 M. weit zu den Latrinen laufen liess! Wer mochte es den armen geplagten Pilgern verargen, dass sie ihre Nothdurft, wo sie immer konnten, verrichteten, so dass die Kothpartikelchen durch Wind, Staub und Fliegen zum Nachtheil der Pilger verstreut wurden.

Soll die Station El Tor ihren Zweck als Quarantainestation erfüllen, so müssen folgende Grundbedingungen eingehalten werden: 1. An der Spitze der Quarantainestation muss ein hygienisch gebildeter, energischer Director stehen, dem eine Anzahl europäisch geschulter Aerzte beigegeben ist. 2. Behufs Controle der Diagnosen und der Desinfectionserfolge muss sich in El Tor ein Bacteriologe, dem ein eingerichtetes Laboratorium beizugeben ist, befinden. 3. Den eventuellen Abgesandten der an der Pilgerfahrt interessirten Mächte muss die Behandlung ihrer Pilger überlassen werden. 4. Die Anzahl und die Qualität der Desinfectionsöfen muss vermehrt, respective verbessert, die Ueberwachung der Desinfection muss einem technisch gebildeten Beamten, am besten einem Arzt überantwortet werden. 5. Die Wasserverhältnisse müssen durch Aufstellung einer genügenden Menge von Destillationsapparaten verbessert werden, das Wasser in einzelnen Abtheilungen muss in geschlossenen, mit Pumpwerk versehenen Behältern aufbewahrt sein und stets in genügender Quantität und guter Qualität vorhanden sein. 6. Den Pilgern muss die Gelegenheit geboten werden, die körperliche Reinigung vornehmen zu können; die Anzahl und Lagerung der Latrinen muss entsprechend geregelt werden und die Station telegraphisch mit Suez verbunden sein.“ Die obigen Ausführungen der österreichisch-ungarischen Delegirten wurden von Seite der türkischen Delegirten lebhaft unterstützt und in einzelne Punkte formulirt, dem Plenum der Conferenz vorgelegt, wo dieselben unverändert angenommen wurden.

Literatur.

670. ***Semiotik und Diagnostik der Kinderkrankheiten.*** *Von* ***Nil Filatow****, a. o. Professor der Kinderheilkunde an der kaiserlichen Universität zu Moskau und Director des Chludow'schen Kinderspitales. Nach der zweiten russischen Auflage übersetzt von* ***A. Hippius****, Kinderarzt zu Moskau. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892. XII und 439 S. gr. 8°.*

Gegenüber der Bedeutung, welche der Behandlung der Kinder in der Praxis des Arztes zukommt, ist selbst die deutsche medicinische Fachliteratur arm an Handbüchern der Kinderheilkunde. Ohne uns über die Ursachen dieser Erscheinung näher einzulassen, dürfen wir das vorliegende Werk als eine Bereicherung unseres Lehrmateriales umsomehr begrüssen, als es, den Bedürfnissen der Praxis Rechnung tragend, ausser durch seinen Inhalt, auch noch durch die ansprechende, ich möchte sagen realistische Form der Darstellung den Leser fesselt und gewinnt. Dass sich Verf. nur auf die Semiotik und Diagnostik der Kinderkrankheiten beschränkt, entspricht ganz der Thatsache, dass das Wesentliche der

Kinderheilkunde für solche, die mit der speciellen Pathologie und Therapie vertraut sind, in der Diagnostik liegt. Die ersten Werke, welche sich mit der Kinderheilkunde als selbstständige Doctrin beschäftigten, waren diagnostischen Inhaltes; wir erinnern an *J. E. Loebisch'* Kinderkranken-Examen aus dem Jahre 1831.

Die ersten Capitel des Werkes sind der Krankenuntersuchung im Allgemeinen gewidmet, diese beginnt mit der Anamnese, geht in die objective Untersuchung über und endet mit der Erwägung der Bedeutung der einzelnen Symptome. Der Leser bekommt bald das Gefühl, dass ein Arzt, der so sorgfältig und umsichtig in seinen Untersuchungen vorgeht, wie es ihm Verf. lehrt, dass ein solcher Arzt nicht nur ein guter Diagnostiker sein wird, sondern, da er alle Momente erfährt, welche die Krankheit beeinflussen, auch ein sehr sorgfältiger, des Vertrauens im vollsten Masse würdiger Arzt sein muss. Die reiche Erfahrung des Verf's. zeigt sich nicht nur in manchen seiner Vorschriften für die Untersuchung, sondern auch in der originellen Auffassung zahlreicher Symptome. Dass Verf. manchmal, wie z. B. bei der Temperaturbestimmung mit dem erwärmten „Thermometer", seine eigenen von deutschen Aerzten abweichenden Methoden angibt, werden wir ihm nicht verübeln, umsoweniger, als über den Werth derselben das letzte Wort noch nicht gesprochen ist. Die specielle Diagnostik theilt sich in die Abschnitte: Krankheiten der Digestionsorgane, der Respirationsorgane, des Nervensystems, — der Harn- und Geschlechtsorgane, Semiotik der Haut und des subcutanen Bindegewebes, chronische afebrile Allgemeinerkrankungen mit verschiedener Localisation. Febrile Krankheiten. Acute fieberhafte Krankheiten ohne bestimmte Localisation. Acute febrile Krankheiten, die durch typischen Verlauf und Hautausschläge charakterisirt sind. Die Uebersetzung ist durchgehends in fliessender klarer Sprache gehalten. Nur dort, wo Mediciner so leicht straucheln — nämlich wenn es sich um chemische Details handelt — sind auch hier einige Härten vorhanden. Auf pag. 314 finden wir den in Deutschland ganz ungebräuchlichen Ausdruck Chlorinkalk statt Chlorkalk, daselbst heisst es vom Chloroform: „Letzteres fällt aus", während man doch die chemische Ausfällung einer Substanz vom mechanischen Niedersinken derselben unterscheidet. Ein ausführliches Register schliesst das für den Studirenden der Medicin als für den Praktiker gleich empfehlenswerthe Werk ab. *L—sch.*

671. ***Die Geschosswirkung der 8 Millimeter-Handfeuerwaffen an Menschen und Pferden.*** *Eine forensisch-chirurgische Studie von Dr.* ***Johann Habart,*** *k. u. k. Regimentsarzt der k. ungar. Leibgarde, o. Mitglied des k. u. k. Militärsanitäts-Comités in Wien. Mit 8 Lichtdrucktafeln. Wien, Verlag von Josef Šafař, 1892.*

Die Schrift Verf.'s wird mit um so grösserem Interesse gelesen werden, als die Resultate der hier niedergelegten und zum Theil schon früher veröffentlichten Experimentalstudien am XXI. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 8.—11. Juni 1892 von Seite jener hervorragenden deutschen Chirurgen, die sich mit der Frage der chirurgischen Bedeutung der neuen Feuerwaffen ebenfalls experimentell befassten, ungetheilte Bestätigung erfahren haben. Die vorliegende Arbeit enthält ausser den bei Schiessversuchen gegen lebende Pferde, frische Pferdecadaver, über die Geschosswirkung der neuen Handfeuerwaffen erzielten

Ergebnisse auch noch Beobachtungen einschlägiger Unglücksfälle, an Selbstmördern und durch Schuss verunglückten Personen, eine objective Darstellung der Schusseffecte im Sinne forensischer und kriegschirurgischer Erfahrungen. Demnach gliedert sich der Inhalt in 3 Abtheilungen: I. Physikalische und ballistische Eigenschaften der 8 Mm.-Stahlmantelgeschosse; II. *a)* Verletzungsberichte und Befunde von Unglücksfällen und Selbstmorden; *b)* gerichtsärztliche Befunde bei den am 20. März 1890 in Nürschan vorgefallenen Schussverletzungen; *c)* Schussergebnisse der Controlversuche an Leichen; III. die Hauptcharaktere der durch 8 Mm.-Stahlmantelgeschosse erzeugten Schusswunden. Nachdem die Wahl der Feuerwaffen von den Organen der Sanitätspflege gewiss nicht beeinflusst werden kann, hat Verf. vollkommen Recht, wenn er sich dahin ausspricht, dass die hier niedergelegten Befunde „für die berufenen Organe officieller und freiwilliger Sanitätspflege im Kriege eine Unterlage für Schaffung sanitärer Vorsorge und Organisation des Sanitätsdienstes im Felde bieten sollen“. Darin liegt auch die actuell so wichtige Bedeutung der hier niedergelegten Beobachtungen, dass sie die Heeresverwaltung und die Chirurgen über die Wirkung der neuen Handfeuerwaffe aufklärend, zu Vorkehrungen gegen diese sowohl auf tactischem Wege als durch die Hilfsmittel der Sanitätspflege anregen. — Sechs in Lichtdruck ausgeführte Tafeln erläutern die Wirkung von Lochschüssen am Stirnbein, am Unterkiefer, am Hinterhaupt auf 600 Schritte Distanz, von Splitterbrüchen an verschiedenen Stellen der oberen Extremität bei 1000 und 1500 Schritte Distanz, schliesslich von Lochschüssen, vom Rinnenschuss an der unteren Extremität bei Distanzen von 1000, 1500 und 2000 Schritten. Die Verlagshandlung hat der vorzüglichen Publication eine entsprechend sorgfältige Ausstattung gegeben. *Loebisch.*

672. ***Handbuch der physiologischen Optik.*** *Von* ***H. v. Helmholtz.*** *Zweite umgearbeitete Auflage mit zahlreichen in den Text eingedruckten Holzschnitten. Sechste Lieferung. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1892.*

Das späte Erscheinen dieser Lieferung hat offenbar seinen Grund darin, dass der Inhalt derselben ganz neu ist, und auf 72 Seiten den Inhalt einer Seite der I. Auflage bringt. Abgehandelt werden die Unterschiedsschwellen der Farben, der Einfluss des Eigenlichts der Netzhaut, die neueren photometrischen Methoden, die Vergleichung der Farben betreffs ihrer Helligkeit, die Farbenempfindlichkeit u. s. w. Es genügt auf das Erscheinen der neuen Lieferung des Fundamentalwerkes aufmerksam gemacht zu haben. *R.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

673. ***Zur Aetiologie der chronischen Herzkrankheiten.*** *Von Dr.* ***Schott,*** *Nauheim. Vortrag, gehalten beim XI. Congress für innere Medicin 1892 zu Leipzig. (Centralbl. f. klin. Med. 1892.)*

Verf. betont, wie wichtig die Kenntniss der Aetiologie der einzelnen Krankheiten sei, denn diese ermögliche dem Arzte, sowohl curativ wie vor Allem prophylactisch einzugreifen. Diese Gründe veranlassten Redner, der Aetiologie der chronischen Herzkrankheiten nachzuforschen und in letzter Zeit jedes einzelne Herzleiden auf seine Entstehungsursache zu prüfen. Die vorliegende Arbeit ist ein Referat dieser Forschungen,

wie sie Verf. bei 750 in fortlaufender Reihe zur Beobachtung kommenden Herzkranken anzustellen vermochte. Aus den mit Hilfe von Zahlen in Form einer Statistik gemachten Mittheilungen geht hervor, dass die Erblichkeit bei allen chronischen Herzleiden eine grosse Rolle spielt. Sämmtliche Herzkrankheiten wurden zwecks einer übersichtlichen Bearbeitung in 2 grosse Gruppen getheilt, nämlich in 1. endocardiale und 2. neuromusculäre Krankheiten. Unter der ersteren spielt bekanntlich der acute Gelenkrheumatismus die Hauptrolle. Verf. weist darauf hin, dass aber auch jegliche andere Infectionskrankheit, wie Scharlach, Typhus, Influenza, Masern, Intermittens, Puerperalfieber etc. in mehr oder minder häufiger Weise Klappenerkrankungen hervorzurufen vermögen. Häufig kommen diese letzteren durch Arteriosclerose zu Stande; hier und da seien sie auch auf Syphilis, Diabetes, Icterus, Morbus Basedowii zurückzuführen. Verhältnissmässig häufig wurde von Verf. Arthritis als Ursache gefunden. Redner macht auf ein systolisches Geräusch an der Herzbasis bei hochgradiger Kyphoscoliose aufmerksam, dessen Entstehung verschiedener Deutung zulässig sei. In der Literatur habe sich diesbezüglich nirgends eine Mittheilung auffinden lassen.

Bei der Aetiologie der neuromusculären Herzerkrankungen betont Verf., dass die Gemüthsbewegungen und geistigen Ueberanstrengungen hier die allerhäufigste Ursache abgeben; dieselben seien oft mit chronischen wie acuten, körperlichen Ueberanstrengungen complicirt; doch verursachten die letzteren nicht selten auch allein Herzleiden. Fieberhafte Krankheiten aller Art vermöchten den Nervenmuskelapparat des Herzens oft gewaltig in Mitleidenschaft zu ziehen; hier könne man sowohl die Einwirkung der Mikroorganismen, als auch die Fiebertemperaturen für das Zustandekommen der Herzleiden heranziehen. Ausserordentlich häufig finde sich Chlorose und Anämie als Ursache für Herzaffectionen; doch müsse der Arzt sich des öftern hüten, gerade hier nicht Folgeerscheinungen mit Ursache zu verwechseln. Zu den häufigen Ursachen sei auch der missbräuchliche Genuss von Alkohol, Tabak, Thee und Kaffee zu zählen. Ferner gehöre reichliches Essen, besonders wenn dasselbe mit mangelhafter Bewegung combinirt sei, zu den Ursachen für Herzmuskelerkrankungen. Aber auch Abmagerungszustände führten nicht selten zu Herzaffectionen, welche oft bedenklicher Art sein könnten, wenn dieselben bei Pat. zur Pubertätszeit ihre schädliche Einwirkung entfalteten. Von ähnlichen Wirkungen seien profuse Blutungen gefolgt. Unter den constitutionellen Leiden führe die Arthritis sehr häufig zu neuromusculären Herzleiden der verschiedensten Art; aber auch Syphilis, Diabetes etc. seien als ursächliche Momente anzuführen. Die grösste Bedeutung habe auch hier die Arteriosclerose, welche sehr viele Opfer fordere. Alle Zustände, welche die Circulation erschweren, könnten auch auf das Herz schädlich einwirken; hierher zu rechnen seien das Emphysem, die Pleura- und Pericardialexsudate, Mediastinaltumoren etc.

Von der grössten Bedeutung für die Herbeiführung chronischer Herzaffectionen seien die Nervenleiden von der verschiedensten Art, und zwar sowohl die sogenannten functionellen, wie auch die organischen. Dieselben wurden von dem Redner der Reihe nach angeführt und auf den Umstand hingewiesen, dass die Zahl der hierhergehörigen Kranken von Jahr zu Jahr im Wachsen sei. Das Geschlechtsleben spiele unter den Ursachen eine grosse Rolle und nicht selten seien sexuelle Excesse, Onanie u. dergl. für die Aetiologie verantwortlich zu machen. Ueber die Ein-

wirkung der weiblichen Sexualkrankheiten auf das Zustandekommen von Herzaffectionen spricht sich Verf. sehr vorsichtig aus. Zur Zeit der Cessatio mensium neigten die Frauen ganz besonders zu Herzstörungen verschiedenster Art. Zu den selteneren Ursachen zählt Redner die kryptogenetische Septicopyämie, chronische Intoxicationen aller Art, die Einwirkung extremer Aussentemperaturen auf den menschlichen Organismus, Traumen u. v. A. Auch die Oertel-Cur fand Erwähnung als eine zu neuromusculären Herzleiden führende Ursache. Zum Schlusse betonte Verf., dass die Zahl der ätiologischen Momente, welche zu chronischen Herzkrankheiten zu führen vermöge, sicherlich noch vermehrt werden könne, doch habe es ihm gegolten, nur diejenigen Ursachen in der vorliegenden Arbeit heranzuziehen, welche er auf Grund der vorgelegten Tabelle direct beobachtet und erforscht habe.

Kleine Mittheilungen.

674. ***Gynäcomastie bei Hodenatrophie.*** *Von* ***Schmidt***, *Versailles. Vom VI. französischen chirurgischen Congress. (Allg. med. Central-Ztg. 1892. 44.)*

Ein Soldat wurde von doppelseitiger Orchitis ergriffen. Nach dem Ablauf des Krankheitsprocesses begannen die Hoden zu atrophiren. Gleichzeitig stellte sich heraus, dass die Brustdrüsen eine Ausbildung wie bei einem jungen Mädchen hatten. Durch Druck derselben wurde aus ihnen eine weissliche Flüssigkeit gewonnen, die Epithelzellen und Mucin enthielt. Oefter tritt diese Erscheinung im Kindesalter auf und geht dann mit congenitaler Atrophie der Testikel einher.

675. ***Spulwürmer und Abdominaltyphus.*** *Von* ***A. Peracchia.*** *(Gaz. degli ospidali. 1891. November. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 23.)*

Bei der Section eines Typhuskranken, welcher unerwartet unter den Erscheinungen starker Darmblutung und der acuten Perforation des Darmes zu Grunde ging, fand Verf. in der Darmwunde eine grosse Ascaris und ausser dieser noch zwei im Ileum. Er hegt keinen Zweifel darüber, dass der Wurm die Schuld an der Perforation des Darmes trägt. Er hat in der Praxis mehrere Fälle von Typhus beobachtet, die sich über 5—6 Wochen hinzogen und nicht zur Ausheilung kamen, bis Helminthen abgegangen oder abgetrieben waren. Darum glaubt er sich zu dem Rath berechtigt, jeden Typhuskranken gleich anfangs mit einem Vermifugum, etwa mit Santonin, zu behandeln.

676. ***Angeborener Mangel des männlichen Gliedes.*** *Von Dr.* ***Räuber.*** *(Virchow's Arch. Bd. CXXI. — Centralbl. f. Chirurgie. 1892. 23.)*

Verf. fand zufällig bei einem 38jährigen Manne, der wegen eines inneren Leidens in Behandlung war, einen vollständigen Mangel des Penis. Die Hoden waren normal gebildet, die Samenstränge liessen sich bis zum Leistencanal verfolgen, die Harnröhre mündete in die vordere Wand des Mastdarmes. Durch den Reiz des Urins entstand öfters Brennen im Mastdarm. Das im Uebrigen durchaus normal und männlich gebaute Individuum empfindet bisweilen geschlechtliche Erregung und fühlt dann im Mastdarm Kitzeln und einen Erguss (Pollutionen).

677. ***Messerstich in das Rückenmark, sofortige Lähmung des rechten Beines, vollständige Genesung.*** *Von Dr.* ***Werner.*** *(Memorabilien. 1891. 18. Juli. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 24.)*

Zwei Verletzungen, eine in der Gegend der Vertebra prominens, die zweite zwischen 8. und 9. Brustwirbel, 2 Cm. nach rechts vom Dornfortsatz, beide zwischen die Dornfortsätze eindringend. Vollständige Lähmung des rechten Beines, Gefühl des Pelzigseins hier und in der rechten Hälfte des Bauches. Blasenstörungen. Heftige neuralgische Schmerzen in den gelähmten Partien. Heilung nach einigen Monaten. Genauere Untersuchung fehlt.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Huber J. Ch., Dr., Medicinalrath, k. Landger.-Arzt in Memmingen. Bibliographie der klinischen Helminthologie. Heft 3 und 4. Die Darmentozoën des Menschen (Geschichte und Literatur der Tänien und Bothriocephalen). München, Verlag von J. F. Lehmann, 1892.

Krüche, Dr. med. Arno, prakt. Arzt und Besitzer der physikalischen Heilanstalt zu München. Allgemeine Chirurgie und Operationslehre. Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte. V. Auflage. Mit 32 Abbildungen. Leipzig, Verlag von Ambrosius Abel (Arthur Meiner), 1892.

Magnus, Dr. H., a. ö. Professor der Augenheilkunde in Breslau, Anleitung zur Diagnostik der centralen Störungen des optischen Apparates. Von —. Farbige Tafel und Text. Breslau 1892, J. U. Kern's Verlag (Max Müller).

Réthi, Dr. L., Operateur und emer. Assistent der laryngologischen Abtheilung an der allgemeinen Poliklinik in Wien. Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens mit Einschluss der Rhinoskopie und der localtherapeutischen Technik für Studirende und Aerzte. Mit 35 Abbildungen. Wien 1892, Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler.

Volkmann Richard v., Sammlung klinischer Vorträge, begründet von —. Neue Folge, herausgegeben von Ernst v. Bergmann, Wilhelm Erb und Franz v. Winckel. Leipzig, Breitkopf und Härtel, 1892.
Nr. 46, 47. Sachs B., Die Hirnlähmungen der Kinder.
Nr. 48. Skutsch Felix, Die Palpation der Bauch- und Beckenorgane.
Nr. 49. Gottschalk Sigmund, Beitrag zur Lehre von der Atrophia uteri.

Zweifel, Dr. Paul, ord. Professor und Director der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik der Universität Leipzig. Lehrbuch der Geburtshilfe für Aerzte und Studirende. III. vielfach umgearbeitete Auflage. Mit 247 Holzschnitten und 3 Farbendrucktafeln. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg** in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: **Eugen Schwarzenberg**.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

WIENER MEDIZINISCHE PRESSE

XXXIII. Jahrg. 1892. Wochenschrift für praktische Aerzte. XXXIII. Jahrg. 1892.

Inhalt der Nummern 24—28 vom Jahre 1892:

Beilage zu Nr. 24: Wiener Klinik 1892, Juni-Heft: **Cséri: Die klinischen Untersuchungsmethoden bei Magenkrankheiten.**

Einzelpreis dieses Heftes: 45 kr. = 75 Pf.

Abonnements-Preise: „Wiener Medizinische Presse" und „Wiener Klinik": Inland: Jährlich 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährlich 20 Mark, halbj. 10 Mark, viertelj. 5 Mark. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährlich 24 M, halbj. 12 M. „Wiener Klinik" separat: Inland jährl. 4 fl., Ausland 8 M. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern u. Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**


Andreas Saxlehner
k. u. k. Hof-Lieferant
Eigenthümer der
Hunyadi János Quelle
Zu haben in allen Mineralwasserdepôts sowie in allen Apotheken.
Als bestes seiner Art bewährt und ärztlich empfohlen
Saxlehner's Bitterwasser
Man wolle ausdrücklich verlangen:
Anerkannte Vorzüge:
Prompte, milde, zuverlässige Wirkung.
Leicht und ausdauernd von den Verdauungs-Organen vertragen.
Geringe Dosis. Stets gleichmässiger und nachhaltiger Effect. Milder Geschmack.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

678. ***Die Beziehungen der Syphilis zur progressiven Paralyse.*** *Von Prof. Dr.* **Obersteiner.** *II. Bericht der Privatheilanstalt zu Ober-Döbling. (Der Irrenfreund. XXXIII. 11 u. 12.)*

Auf Grundlage eines Krankenmateriales, welches zum grössten Theile der Döblinger Anstalt angehört, hat sich schon vor längerer Zeit (1883) der unzweifelhafte Zusammenhang zwischen Syphilis und Dementia paralytica nachweisen lassen. Auch die in den folgenden Jahren daselbst gemachten Erfahrungen sind in hohem Grade geeignet, diese Anschauung zu stützen. Hebt man die hier in Betracht kommenden Zahlen der Tabelle VIII heraus, so erscheint Syphilis als Hauptursache angegeben bei 74 Geisteskranken (72 M. und 2 W.); davon sind 66 (64 M. und 2 W.) Paralytiker und 8 vertheilen sich unter die Rubriken Tobsucht (2), Trübsinn (4) und Verrücktheit (2). Die Gesammtzahl der verpflegten Paralytiker betrug 194 (190 M. und 4 W.), die der anderen Geisteskranken beläuft sich auf 475 (237 M. und 238 W.). Nur in jenen Fällen wurde Syphilis als ursächliches Moment angeführt, in denen eine solche Infection als vollkommen sicher constatirt anzusehen war. Es werden zunächst nur die männlichen Kranken in weiteren Betracht gezogen, da bei den weiblichen Kranken Paralyse ausnehmend selten vorhanden war. Syphilis und Geistesstörung mit Lähmung trafen zusammen bei 64 männlichen Kranken, d. h. in Procentzahlen ausgedrückt: bei 33·7 Procent der in dieser Rubrik verzeichneten Kranken war Syphilis sicher vorangegangen; diese werden kurzweg als Paralytiker bezeichnet, jedoch wird aufmerksam gemacht, dass hier auch jene der Dementia paralytica verwandten Zustände, namentlich die Dementia senilis, mit einbezogen erscheinen, welche mit der classischen Paralyse nicht verwechselt werden dürfen; nach deren Ausscheiden würde dieser Procentsatz sich noch wesentlich höher stellen. Es ergibt sich ferner, dass 88·9 Procent jener ehemals mit Syphilis behafteten Personen, welche später als geisteskrank in die Döblinger Anstalt kamen, der progressiven Paralyse verfielen. Sollte man aber meinen, dass diese Zahlen nichts für den supponirten Zusammenhang beweisen, so wird derselbe doch durch nachfolgende Erwägungen unzweifelhaft dargethan. Um die 33·7 Procent gehörig würdigen zu können, ist es angezeigt, die anderen Umstände, welche allenfalls als veranlassende Ursachen der Dementia paralytica aufzufassen wären, ihrer Häufigkeit nach zu prüfen. Bei 31 Paralytikern war keine veranlassende Ursache aufzufinden, und in den übrigen Fällen spielt keinerlei ätiologisches Moment auch nur annäherungsweise jene Rolle, wie die Syphilis (66mal

Syphilis, 25mal Heredität, 18mal geistige Ueberanstrengung u. s. w.). Unter den Ursachen der Dementia paralytica nahm also die Syphilis weitaus den ersten Rang ein.

Nun kann allerdings eingeworfen werden, diese Zahlen bewiesen nichts weiter, als dass in nahezu 34 Procent aller Fälle von paralytischem Irrsinn eine luetische Affection vorausgegangen ist, aber keineswegs sei damit ein ätiologischer Zusammenhang nachgewiesen. Zur Widerlegung dieses Einwurfes wird es nothwendig sein, die anderen Kranken mit in Betracht zu ziehen. Die Nachforschung nach etwa vorhandener oder vorhanden gewesener Syphilis wurde selbstverständlich bei allen Kranken in der gleichen Weise, mit der gleichen Genauigkeit, aber auch mit den gleichen Fehlern gepflogen. Man kam da zu dem überraschenden Resultate, dass unter 237 Geisteskranken, nach Ausscheiden der Paralytiker, sich nur 8 fanden, bei denen Syphilis in der Anamnese angegeben erscheint, also nur 3·4 Procent gegenüber den 33·7 Procent der Paralytiker. Wenn aus diesen Zahlen also unzweifelhaft erhellt, dass die Dementia paralytica besonders häufig bei syphilitischen Personen auftritt (10mal häufiger als irgend eine andere Form von Psychose), so wäre dann doch noch weiter zu untersuchen, ob es sich dabei wirklich um einen ganz directen ursächlichen Zusammenhang handelt, oder ob nicht luëtisch durchseuchte Individuen nur etwa in Folge eines allgemeinen Schwächezustandes und einer geringeren Resistenzfähigkeit dieser Gehirnkrankheit leichter verfallen als kräftige Menschen. Einen Hinweis in dieser Beziehung gibt zunächst der Zwischenraum zwischen Infection und Auftreten der cerebralen Symptome. 11mal (unter allen 66 Fällen) war diese Zwischenzeit aus verschiedenen Gründen nicht genau eruirbar, in den übrig bleibenden 52 Fällen schwankte sie zwischen 2 und 18 Jahren, und zwar am häufigsten (17mal) 6 Jahre und (16mal) 7 Jahre. Es muss also auffallen, dass die Erscheinungen der progressiven Paralyse sich am liebsten gerade zu einer Zeit einstellen, welche überhaupt dem Auftreten der Spätformen entspricht.

Um sicher darzulegen, dass die progressive Paralyse durch die luetische Allgemeinerkrankung angeregt und unmittelbar bedingt sei, musste auch der Nachweis geführt werden, dass die Syphilis überhaupt solche anatomische Veränderungen zu veranlassen pflege, welche, wenn sie das Centralnervensystem angreifen, eine gewisse Uebereinstimmung mit den anatomischen Befunden der progressiven Paralyse darbieten. Und dieser Nachweis gelingt.

Alle Gegenden des Centralnervensystems und seiner Häute erscheinen in der Dementia paralytica von dem Erkrankungsprocesse betroffen, wenn man auch das Hauptgewicht auf jene krankhaften Vorgänge zu legen pflegt, welche sich an der Oberfläche des Grosshirns, in seiner Rinde, abspielen. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um einen langsam verlaufenden Entzündungsprocess, in erster Linie im Bereiche der Pia und der Grosshirnrinde, welcher zur Sclerose und Atrophie führt. Von der Syphilis wissen wir aber, dass sie — abgesehen von den circumscripten gummösen Bildungen — in den verschiedensten Organen, z. B. in der Leber, diffuse entzündliche Processe hervorruft, welche sich

durch die Tendenz zur Bindegewebsneubildung (zur Sclerose) auszeichnen. Der sclerotische Process, dem wir im Bereiche des Centralnervensystems, und zwar ganz besonders in seinen gefässreichsten Partien, vorzüglich der Hirnrinde, begegnen, darf demnach den in anderen Organen als Folgeerscheinung der Syphilis unzweifelhaft anerkannten Sclerosen an die Seite gestellt werden. Man ist daher wohl berechtigt, anzunehmen, dass der Syphilis eine wesentlich ätiologische Bedeutung für die Entwicklung der Dementia paralytica zukomme, und zwar ist diese Beziehung häufig eine directe, die Dementia paralytica demnach den übrigen Spätformen der Syphilis anzureihen.

679. ***Ein Fall von totaler cystöser Degeneration beider Nieren beim Erwachsenen nebst Bemerkungen zur Klinik dieser Erkrankung.*** *Von Prof.* **Ewald.** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 1. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 26.)*

Die etwa 60jährige Kranke litt seit längerer Zeit an Verdauungsstörungen; die Untersuchung ergab als einzige Abnormität — neben etwas sonderbarem psychischem Verhalten — eine geringe Resistenz in beiden Hypochondrien: der Urin war eiweissfrei. Ziemlich unvermittelt trat Erbrechen, starke Respirationsbeschleunigung und Excitation auf: kurz darauf erfolgte Collaps und Tod. Sectionsergebniss: Die Nieren sind vergrössert und erscheinen als Conglomerate von helleren und dunkleren glänzenden Blasen von Haselnuss- bis Pflaumengrösse, in denen sich Steine von verschiedener Grösse befinden. Von festem Parenchym ist nur noch ein kleiner Rest vorhanden; aber auch dieser enthält nur sehr wenig Nierengewebe, sondern besteht aus grobmaschigem, fibrillärem Netzwerk, in dem die Glomeruli gut erhalten sind, während die Harncanälchen an manchen Stellen gänzlich fehlen, an anderen zwar vorhanden, aber nirgends normal sind; die Epithelien sind degenerirt, von der Wandung abgelöst, zum Theil fehlen sie. Das Herz ist klein, die Musculatur nicht hypertrophisch. Es handelt sich also um einen chronisch verlaufenden, interstitiellen Process, der zu fast gänzlicher Verödung des Parenchyms und zu einer totalen cystischen Degeneration der Nieren geführt hat. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. die Diagnose der in Rede stehenden Krankheit. Dieselbe ist fast immer unmöglich. Manche Fälle bieten das Bild chronischer interstitieller Nephritis oder Hydronephrose, Carcinom etc. Andere Fälle zeigen nur urämische Erscheinungen, die aber fast stets erst ex post als solche erkannt werden, weil während des Lebens nichts auf Nierenstörungen hinweist. Andere wieder verlaufen ganz symptomlos und gehen intercurrent zu Grunde. Am ehesten wird eine Diagnose dann möglich sein, wenn doppelseitiger, mit kleinen Blasen besetzter Nierentumor gefühlt werden kann, und wenn jahrelange Albuminurie ohne schwere nephritische Erscheinungen besteht. Was die Aetiologie betrifft, so ist Verf. der Meinung, dass die Cysten in dem besprochenen Falle durch Retention entstanden sind (Ablagerung harnsaurer Concremente in den Harncanälchen, die den Kern der Cystensteine gebildet haben). — Ferner ist der Fall insofern interessant, als das kleine Herz gegen *Traube's* Theorie, betreffend die Herzhypertrophie auf Grund des Ausfalls eines grösseren Ge-

bietes der Gefässbahn, spricht. Ebensowenig bestätigt die Kleinheit des Herzens, sowie das Fehlen jeder abnormen arteriellen Spannung die Anschauung, der zufolge die Retention harnfähiger Substanzen und der Reiz, den dieselbe auf Gefässe und Herz ausübt, die Ursache für die Hypertrophie des letzteren bilden soll.

680. ***Ein Fall von primärer Blutung in das Rückenmark.*** *Von Dr.* ***S. J. Sharkey.*** *(The Lancet. 1891. — Arch. f. Kinderhk. 1892, Bd. XIV, pag. 375.)*

Primäre Hämorrhagien in das Rückenmark kommen selten zur Beobachtung. Es handelte sich um einen 18jährigen nicht belasteten Jungen, der nach einem Fall auf dem Eise über Schmerzen in der Schulter, den Beinen und dem Leib klagte. Nach und nach verlor Pat. die Bewegungsfähigkeit der Beine, und als am 4. Tage die Aufnahme im Spital stattfand, wurde gefunden: Lähmung der beiden unteren Extremitäten, ferner Blasenlähmung, Anästhesie bis zur Höhe des 4. Brustwirbels, Aufhebung des Patellarreflexes rechts, bei Erhaltensein der Hautreflexe. Pupillen eng ohne Reaction auf Licht, dabei die Zeichen einer Pneumonie auf der linken Seite, Fieber. An der Wirbelsäule keine Difformität. Nach 5 Tagen Tod im Coma. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose war Myelitis transversa. Poliomyelitis anterior war auszuschliessen, weil Anästhesie bestand, doch war keine Ursache für die Myelitis transversa vorhanden, und Verf. dachte deswegen an eine Blutung in das Rückenmark, obwohl solche Fälle selten seien. Der Sitz derselben war in der Höhe des oberen Brustmarks zu suchen, einmal wegen der genauen Abgrenzung der Localisation und ferner wegen der Pupillenstarre, welche durch ein Befallensein des Centrum ciliospinale im Brustmark zu erklären war. Diese Diagnose wurde durch die Section bestätigt. Es fand sich in der Höhe des 3. Brustwirbels eine Blutung, welche das ganze Rückenmark zerstört hatte, und nach oben und unten auf 2—3 Wirbelhöhen hin die graue Masse des Marks unterwühlt hatte. Ein Bruch oder Luxation der Wirbelsäule war nicht nachweisbar. Schluckpneumonie links vorhanden. Auffallend ist der relativ schleichende Verlauf der Blutung, der eher für eine Myelitis gesprochen hätte.

681. ***Zur Kenntniss der primären acuten Polymyositis.*** *Von Prof.* ***Strümpell.*** *(Deutsch. Zeitschr. f. Nervenhk. Bd. I, Heft 5 und 6. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 21.)*

Nach einem Ueberblick über die bisher veröffentlichten 10 Fälle von acuter Polymyositis theilt Verf. einen von ihm im Jahre 1887 beobachteten typischen Fall mit. Der 70jährige Gärtner war, von 2maliger Gesichtsrose abgesehen, früher gesund. Fünf Wochen vor seiner Aufnahme in die Klinik erkrankte er mit Erbrechen und allgemeiner Mattigkeit. Acht Tage später traten heftige Schmerzen in Armen und Beinen ein, bald darauf deutliche Anschwellungen. Auch das Gesicht schwoll an. Schmerzen beim Kauen, Sprechen und Schlucken stellten sich ein, ferner eine starke Stomatitis mit Speichelfluss. Bei der Aufnahme fanden sich neben den erwähnten Symptomen an den Armen fast völlige Parese, starke Schmerzhaftigkeit bei Druck und Bewegung, ödematöse Anschwellung der Vorderarme; an den Beinen ganz ähnlicher Befund, aber keine Oedeme; Abschwächung der Patellarreflexe; normales Verhalten

der Fusssohlenreflexe und der Sensibilität überhaupt; normale Harnentleerung. Die Parese der Extremitäten, ihre Schmerzhaftigkeit nahm in den nächsten Tagen zu. Die Erregbarkeit der Nerven und Muskeln für beide Stromarten schien erloschen oder stark herabgesetzt. Lähmung einzelner Augenmuskeln, Gaumensegelparese kamen hinzu. Eine Bronchopneumonie mit hohem Fieber führte 8 Tage nach der Aufnahme den Tod herbei. Die mikroskopische Untersuchung der Muskeln, namentlich der Oberarme und auch des Gaumens und der Augen, zeigte eine starke albuminoide Körnung, Vacuolenbildung, Vermehrung ihrer Faserkerne und ausgedehnte interstitielle Myositis. Im Gegensatz zu den hochgradigen mikroskopischen Veränderungen stand das makroskopisch wenig veränderte Aussehen der erkrankten Muskeln. Ihre Farbe war etwas blasser und gelblicher als normal. Im Anschluss an diesen Fall entwirft Verf. ein zusammenfassendes Bild der acuten Polymyositis. Geschlecht und Alter, Alkoholismus scheinen keine Rolle als ursächliche Momente zu spielen, eher die Tuberculose. Die Krankheit beginnt meist allmälig mit verschiedenen Allgemeinerscheinungen. Sehr bald zeigen sich örtliche Symptome: schmerzhafte Sensationen, Druckempfindlichkeit an den erkrankten Muskeln, Anschwellung derselben, an der sich die benachbarten Weichtheile, besonders die Haut betheiligen, zunehmende Parese, Herabsetzen oder völliges Verschwinden der elektrischen Erregbarkeit. Die Erkrankung kann in verschiedenen Fällen die einzelnen Muskeln verschieden stark betreffen. Besonders hochgradig pflegt die Armmusculatur zu erkranken. In manchen Fällen treten Erytheme, Neigung zur Schweissbildung auf. Von Seiten der übrigen Organe sind die wiederholt beobachtete Stomatitis, Milzschwellung, die von Verf. selbst gesehene Albuminurie hervorzuheben. Die Krankheit kann in wenigen Wochen heilen oder führt in 5 Wochen bis zu 5 Monaten zum Tode. Die Polymyositis kann auch ganz chronisch mit Nachlass und Verschlimmerung der Erscheinungen verlaufen. So dauerte der Fall *Löwenfeld's* 1 Jahr 5 Monate. Therapeutisch scheint sich die Krankheit nicht beeinflussen zu lassen. Bei der Diagnose kommt namentlich die in vieler Beziehung ausserordentlich ähnliche Trichinose in Betracht. Für die Annahme derselben würden starke gastrische und intestinale Erscheinungen, frühzeitiges Gesichtsödem, Schmerzen in den Augen-, Kau- und Kehlkopfmuskeln sprechen. Die Unterscheidung von der Polymyositis hat sich auf das Verhalten der Sensibilität, die elektrische Erregbarkeit zu stützen. Der anatomische Befund gleicht im Grossen und Ganzen der oben gegebenen Schilderung. Von besonderer Wichtigkeit erscheinen die interstitiellen Veränderungen. Sie zeigen bemerkenswerther Weise keine Neigung zur eiterigen Einschmelzung des Gewebes. Nach Verf.'s Ansicht finden sich derartige Processe nie bei den gewöhnlichen, secundären, parenchymatösen Degenerationen des Muskels. Hinsichtlich der Aetiologie handelt es sich wohl sicher um eine Infection. Zum Schluss weist Verf. darauf hin, dass ähnliche Polymyositiden auch als secundäre Folgeerscheinungen von Infectionskrankheiten auftreten können. Die acute Myositis kann sich auch auf eine Muskelgruppe beschränken und die ausgesprochene Tendenz zur Eiterbildung zeigen. Eine weitere Form kann durch

Ueberanstrengung hervorgerufen werden. Alle diese Arten sind von der primären Polymyositis grundsätzlich zu scheiden. —*r.*

682. ***Ueber epileptische Anfälle bei Gegenwart von Taenia.*** *Von Dr.* ***Martha.*** *(Arch. gén. de méd. 1891. Nov. u. Dec. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 23.)*

Epileptiforme Anfälle kommen bei an Bandwürmern leidenden Individuen nur selten vor und man findet nur wenige Bemerkungen darüber in der Literatur. Diese pseudoepileptischen Attaquen bieten einige Charakteristica, die sie von der wirklichen Epilepsie unterscheiden: sie befallen die Kranken nicht mit der Plötzlichkeit, die bei der wahren Epilepsie beobachtet wird; der Kranke hat Zeit, Vorkehrungen zu treffen, sich auf ein Bett zu werfen, um Hilfe zu rufen; daher kommt auch Sturz und Verwundung nur ausnahmsweise vor. Die Dauer der convulsiven und comatösen Perioden ist länger als bei der idiopathischen Epilepsie. Die Attaquen zeigen eine Tendenz zu periodischem Auftreten und recidiviren bei demselben Individuum alle Monate zu einem bestimmten Zeitpunkt, alle Jahre in derselben Saison etc. Endlich können auch im Gegensatz zur idiopathischen Epilepsie sehr lange Perioden (2—3 Jahre) zwischen 2 Anfällen liegen. Männer scheinen häufiger befallen zu werden als Frauen: hereditäre oder persönliche Veranlagung spielen keine Rolle. Das Vorwiegen von Bewegungen einer Körperseite besteht nicht in derselben Regelmässigkeit wie bei der Epilepsie. Das initiale Schreien, der Zungenbiss, der Schaum vor dem Munde können vorhanden sein oder fehlen, und bieten also für die Diagnose keine Hilfe. Die Beseitigung des Bandwurmes bringt die Anfälle zum Schwinden; bisweilen aber tritt dies nicht sofort ein, und der Kranke kann noch an den folgenden Tagen eine Attaque haben, die dann aber meist viel leichter ist als die vorangegangenen. Verf. hat Gelegenheit gehabt, eine Anzahl von Kranken noch Jahre lang nach Beseitigung des Bandwurmes zu beobachten; die epileptiformen Anfälle sind nie wieder aufgetreten.

683. ***Schwefelwasserstoff im Mageninhalt.*** *Von Dr.* ***Boas.*** *Vortrag im Verein für innere Medicin zu Berlin, 27. Juni 1892. (München. med. Wochenschr. 1892. 27.)*

Vortragender berichtet von dem Mageninhalt zweier Patienten, in dem Schwefelwasserstoff gefunden wurde. Bei dem einen Manne bestand eine Ectasie 4 Jahre lang, bei dem zweiten 30 Jahre. Wenn nicht der Geruch zur Diagnose verhilft, bedient man sich zum Erkennen des Schwefelwasserstoffes des Bleipapieres, welches man in die zu untersuchende Flüssigkeit hineinhängt. Bei Vorhandensein des Gases entsteht schwarzes Schwefelblei. Oder aber man destillirt einen Theil der Untersuchungsflüssigkeit und bringt das Destillat in eine Bleilösung, dann entwickelt sich ebenfalls Schwefelblei. In der Literatur existiren nur 4 Fälle, wo in den Ructus bei Kranken mit verschiedenen Magenaffectionen brennbare Gase beobachtet worden sind; in jüngster Zeit hat *Hoppe-Seyler* gezeigt (s. d. Heft, Nr. 706), dass das Vorkommen brennender Gase keineswegs zu den seltenen Erscheinungen gehört, dagegen ist Schwefelwasserstoff bisher nur zweimal beobachtet, und zwar stets in den Ructus. Der Urin war in den beiden Fällen von *Boas* schwefelwasserstofffrei. In dem einen Fall gab Patient an, dass

er oft Aufstossen nach faulen Eiern gehabt habe. Die Salzsäuresecretion war sehr stark; das ist auffallend, dass in einem so stark säurehaltigen Mageninhalt so grosse Eiweisszersetzungen stattfinden. Man glaubte bis jetzt, letztere seien an alkalische oder neutrale Reaction gebunden. Unter diesen Umständen hat man auch die Theorie von der antifermentativen Kraft des Magensaftes aufgestellt. Sie ist aber sehr beschränkt und scheint nur dann vorzukommen, wenn keine Stagnation des Mageninhaltes besteht. Ist solche vorhanden, so sinkt die antifermentative Kraft und es kommt zu allen möglichen Gährungen.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

684. ***Heisse Irrigationen in den Dickdarm als schmerzstillendes Mittel.*** *Von* **Forez.** *(Bull. méd. 1891. 41. — München. med. Wochenschr. 1892. 25.)*

Verf. wandte heisse Irrigationen in den Dickdarm als schmerzstillendes Mittel mit viel Erfolg bei Affectionen der Bauch- und Beckenorgane, wie Nierenkoliken, Ovarialneuralgien, Phlegmone des Ligamentum latum, Pelveoperitonitis, Dysmenorrhoe an. Selbst in Fällen, wo Morphium ohne Erfolg angewandt war, hat diese Methode ausser den schmerzstillenden, auch eine antiphlogistische Wirkung gehabt. Der Patient kann sich im Nothfalle die Irrigation selbst machen, wenn er auf der linken Seite liegt, den linken Arm am Rücken und die Beine etwas gebeugt. Das Wasser muss eine Temperatur von 41—44° haben; zuerst injicire man sehr langsam (innerhalb 5 Minuten) $^1/_2$—1 L. Ist diese Quantität, meist gemischt mit Fäcalmassen, wieder ausgelaufen, so wiederhole man die Einspülung in derselben Weise, worauf meist der Schmerznachlass eintritt. Schliesslich kommt noch eine dritte von $^1/_2$ L., welche gewöhnlich gehalten wird; sie ist besonders zweckmässig bei Nierenkoliken, indem das absorbirte Wasser durch die Nieren wieder ausgeschieden wird. Sei es, dass diese Irrigationen bei dem Zusammenhang der entzündeten Organe (Niere, Ovarium, Uterus etc.) mit dem Rectum und Colon ein indirectes warmes Bad erzielen oder dass sie in anderer Weise wirken, jedenfalls sind die Resultate besonders bei Dysmenorrhoe sehr beachtenswerth.

685. ***Wie sollen Moorbäder gebraucht werden?*** *Von Dr.* **Steinschneider,** *Franzensbad. (Wien. med. Wochenschr. 1892. 25.)*

Ueber die Art und Weise, wie eine Eisenmoorbadecur eingerichtet werden soll, um dem Kranken bei geringster Entfaltung der unangenehmen, ja direct nachtheiligen Nebenwirkungen den grösstmöglichen Nutzen zu bringen, sind unter den Aerzten die verschiedensten Ansichten verbreitet. Bald soll eine so grosse Anzahl von Moorbädern gebraucht werden, dass deren Eines fast auf jeden Tag der Curzeit zu entfallen hätte, bald wird gewarnt, ja nicht mehr, als ein oder zwei Moorbäder in der Woche zu nehmen. Ein Arzt will nur von ganz dünnen Bädern wissen, der Andere möchte seine Kranken in dicken Moor eingebettet sehen. Der Eine hat nur zu heissen, der Andere zu mitteltemperirten

oder kühlen, der Eine zu sehr lange dauernden, der Andere zu Bädern von kurzer Dauer Vertrauen. Unter diesen Verhältnissen scheint es angemessen, eine kurze Darstellung der Gesichtspunkte zu geben, von welchen ein Arzt sich bei Durchführung einer Moorbadecur leiten lässt. Dazu ist aber erforderlich, über Zusammensetzung und Wirkungsweise der Eisenmoorbäder, wie sie in Franzensbad angewendet werden, Einiges zu recapituliren. In Franzensbad werden 75—100—150 Kgrm. Moorerde zu einem Bade verwendet. Das fertige Moorbad enthält zunächst eine sehr grosse Menge unlöslicher Bestandtheile (75 Procent der verwitterten Franzensbader Moorerde sind unlöslich), welche je nach dem Verhältnisse, in welchem die Moorerde mit dem Mineralwasser gemengt ist, einen mehr oder minder dicken Brei darstellen, welcher nicht nur einen Druck ausübt, Reibung verursacht, sondern sich auch dadurch auszeichnet, dass seine Wärmecapacität geringer ist, als die des Wassers. In Folge davon erhitzt ein Moorbad von mehr als indifferenter Badewärme nicht so viel, ein Moorbad von weniger als indifferenter Badewärme entzieht nicht so viel Wärme, als ein Wasserbad der gleichen Temperatur thun würde. Das Eisenmoorbad enthält ferner eine Reihe von gelösten Stoffen (Franzensbader Moor enthält circa 25 Procent in Wasser lösliche Stoffe), welche theils reizend, wie Kohlensäure, Ameisensäure, freie Schwefelsäure, theils reizend und zusammenziehend, wie schwefelsaures Eisenoxydul, von welchem verwitterter Franzensbader Moor nahezu 10 Procent enthält, wirken. Es setzt sich demnach die Wirksamkeit der Moorbäder aus einer mechanischen, einer thermischen und einer chemischen Componente zusammen. Ueber die Wirkungsweise der Moorbäder sind Versuche von *Kisch* und *Fellner* angestellt worden, deren Ergebnisse, mit Verf.'s Erfahrungen vollkommen übereinstimmen: Ein Eisenmoorbad, dessen Temperatur über die indifferente Badewärme hinausgeht, bewirkt eine je nach Temperatur und Consistenz verschieden grosse Erregung des Körpers, ein Gefühl von Wärme an der ganzen im Bade befindlichen Haut, welches an einzelnen Stellen intensiver auftritt, sich zuweilen zum Brennen und Jucken steigert, Vermehrung der Puls- und der Respirationsfrequenz und Zunahme der Eigenwärme, welche jedoch bei gleicher Temperatur und Dauer des Bades geringer ist, als im Wasserbade. Aehnliche Wirkung zeigt ein Moorbad, dessen Temperatur niedriger ist, als die indifferente Badewärme, nur dass es im Anfange sich als kühl bemerkbar macht, bald aber ein Gefühl von Wärme sich über die Haut verbreitet. In beiden Fällen tritt die durch die Reibung und durch die reizenden Stoffe bewirkte Erregung in einer nach der Individualität des Badenden wechselnden Stärke ein, verliert sich aber meist nach 10—15 Minuten wieder, wobei Puls und Respiration sich der Norm nähern, und macht einem Gefühle mehr oder weniger intensiver Abspannung Platz. Ruht der Badende sodann durch 1—1½ Stunden, so schwindet die Ermüdung wieder und es macht sich bessere Stimmung, vermehrter Appetit, kurz eine Anregung sämmtlicher Functionen bemerkbar. Wird am nächsten Tage kein Bad angewendet, so tritt eine mehr oder weniger intensive Erschlaffung ein, welche am zweiten Tage wieder nachlässt. Wird

aber eine Reihe von Moorbädern hintereinander genommen, so ist an den Badetagen zunächst keine Erschlaffung zu constatiren. es steigert sich vielmehr die Erregung, bis an einem Ruhetage oder beim Schluss der Cur eine desto grössere Ermüdung eintritt. Schon aus diesem Grunde ist daher Vorsicht bei der Anwendung der Moorbäder erforderlich, ist es nothwendig, die Kranken, auch wenn sie angeblich die Bäder sehr gut vertragen, sich nach denselben sehr wohl fühlen, im Auge zu behalten und mit genauester Berücksichtigung der individuellen Eigenthümlichkeiten die Verordnung zu treffen. Diese Vorsicht ist aber in noch höherem Grade bei localen Processen, bei chronisch-entzündlichen Zuständen, bei Exsudaten u. dergl. geboten. Selbstverständlich bewirken die Moorbäder hier eine Steigerung der Function, einen Erregungszustand, welcher, in mässigen Grenzen gehalten, als Heilfactor anzusehen ist, bei ungenügender Vorsicht aber sich zu entzündlichen Vorgängen steigern kann.

Wo es um Hebung der Ernährung, um Anregung des Stoffwechsels, um Belebung der Blutbildung, um Höherstimmung des gedrückten Nervensystems zu thun ist, wird die erregende, reizende Wirkung der Moorbäder in mässigem Grade erwünscht sein, die anderen Wirkungscomponenten wird man an der vollen Entfaltung zu verhindern trachten. Ein Moorbad von mittlerer Consistenz, indifferenter Badewärme oder um einen Grad unter dieselbe heruntergehender Temperatur, von 8—12 Minuten Dauer, an jedem dritten bis vierten Tage genommen, wird neben anderen, mild anregenden Mineralwasserbädern diesem Zwecke am besten entsprechen. Die Zahl von zehn Moorbädern dürfte in solchen Fällen Maximum sein. Wo Erkrankungen in Frage stehen, bei welchen eine kräftigere Anregung angestrebt werden, wo insbesondere die adstringirende, tonisirende Wirkung der Moorbäder zur Geltung kommen soll, wie dies namentlich bei Catarrhen der weiblichen Sexualorgane, bei Erschlaffung der Schleimhäute und Bänder gewünscht wird, wird man die Moorbäder etwas consistenter, mitteldick bis dick, bei indifferenter Badewärme, aber durch längere Dauer (10—15—20 Minuten) alle zwei Tage gleichfalls neben anderen, ziemlich kräftig anregenden Bädern — Stahlbädern — zur Anwendung bringen. In solchen Fällen werden 12—15 Moorbäder für eine Cur genügen. Handelt es sich jedoch um chronische entzündliche Processe, um Exsudate, welche durch andere Mittel sehr schwer zu beeinflussen sind, dann wird man sämmtliche Componenten der Moorwirkung in Thätigkeit gesetzt wissen wollen; dicke, wärme, länger dauernde, häufiger auf einander folgende Moorbäder werden nicht zu vermeiden sein. Man wird ungefähr 18—20 Moorbäder gebrauchen lassen, dabei jedoch immer eine Ueberhastung der Cur verhindern. Selten oder nie aber wird sich der Arzt dazu verstehen, über die Anzahl von 20 Moorbädern während einer Cur hinauszugehen. In jenen Fällen, in welchen ein einmaliger Gebrauch einer mässigen Serie von Moorbädern nicht zum Ziele führt, ist es vortheilhafter, die Cur zu wiederholen, als in einer einzigen Cur auf Kosten der Widerstandskraft der Kranken den Erfolg gewaltsam anzustreben.

Loebisch.

686. ***Phenolcocain.*** *Ein neues Cocainsalz. Von Dr.* ***v. Oefele.*** *(Gaz. méd. de Paris. 1892. 27.)*

Die neue, dem Phenolnatrium analoge, salzartige Verbindung soll viel stärker schmerzstillende Eigenschaften wie das Cocain allein haben, und da man nun eine geringere Menge des Alkaloides zu injiciren braucht, wird auch die Möglichkeit der Intoxication herabgesetzt. Die längere Dauer der Analgesie bei Anwendung des Phenolcocain wird von der schweren Resorbirbarkeit des Salzes hergeleitet. Für die locale Anwendung im Rachen empfiehlt *v. Oefele* Phenolcocain 1·0, Alcoh. absol. 10·0 Misce, zum äusserlichen Gebrauch. Für subcutane Injectionen und Instillationen in das Ohr bei Otalgie: Phenolcocain 0·10 solve in Alkohol 5·0, adde Aq. dest. 5·0. Von dieser Lösung 1—3 Spritzen voll zu injiciren. *—sch.*

687. ***Zur Cocain-Infiltrationsanästhesie.*** *Von Dr.* ***Hahn.*** *(Therap. Monatsh. 1892. 6.)*

Angeregt durch die Veröffentlichung von *Schleich* in der Berliner medicinischen Gesellschaft, hat Verf. die Infiltrationsmethode zur Erreichung localer Anästhesie wiederholentlich angewandt. Er bediente sich einer 0·4procentigen Cocainlösung (nach *Schleich* genügen schon 0·2 Procent) und spritzte dieselbe in die Cutis in der von *Schleich* angegebenen Weise, so dass die Linie durch die „hemdenknopfgrossen" aneinander gereihten Quaddeln bezeichnet wurde. Er ist in seinen Fällen ohne den Aetherspray gut ausgekommen, selbst Kinder liessen sich die Einstiche gut gefallen. Die bis dato so anästhesirten Patienten waren: 1. ein 6jähriger Knabe mit einem tiefliegenden Lumbalabscess, 2. ein Mann mit multiplen Abscessen der Beine in Folge von Diabetes, 3. ein Knabe mit ausgedehntem subchronischen Abscess der Wade, 4. ein Mann mit Empyem, das durch Incision entleert werden sollte. In allen Fällen war die Haut über den Abscessen fast intact erhalten. Die ersteren 3 Patienten hatten von den tiefen und langen Schnitten so gut wie gar keine Empfindung; der vierte dagegen geringen Schmerz. Die Methode wird den Collegen in der Landpraxis, welche so oft ohne Assistenz und ohne Chloroform zu operiren gezwungen sind, vom Verf. angelegentlichst zur Beachtung empfohlen.

688. ***Casuistischer Beitrag zur Behandlung der Lungenembolie.*** *Von Dr.* ***Oeder.*** *Aus dem Augustahospital in Berlin. (Berlin klin. Wochenschr. 1892. 17. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 52.)*

Bei einer an Mitralinsufficienz und Stenose leidenden Kranken war plötzlich ein Anfall von Athemnoth und krampfhafter Brustbeklemmung aufgetreten, welcher auf eine Embolie der Pulmonalarterie zurückgeführt werden musste. Die Kranke war bewusstlos geworden, der Athem flog, kalter Schweiss bedeckte den Körper, Lippen und Fingernägel waren cyanotisch, starkes Trachealrasseln; auf beiden Lungen grossblasiges Rasseln hörbar. Es wurden sofort Herzreizmittel angewandt, und zwar subcutane Campherölinjectionen von 0·2 in Pausen von 5 Minuten. Unter dieser Medication trat nach $^{1}/_{2}$ Stunde eine geringe Besserung ein und es wurde nun, um die subjectiven Beschwerden der jetzt klaren Patientin zu beheben, eine Morphiuminjection von 0·01 gemacht, aber die

Campherinjectionen fortgesetzt, anfangs noch alle 5, später alle 15 Minuten. Nach einer weiteren halben Stunde hatte sich der Zustand wesentlich gebessert. Der Puls war kräftiger, die Respiration ruhig geworden, Trachealrasseln und Lungenödem waren fast ganz geschwunden. Der Campher wurde ausgesetzt, musste aber wegen neuer Athemnoth nach 1 Stunde wieder gegeben werden und schliesslich verlief der Rest der Nacht gut, indem Patientin einschlief. Am andern Morgen wurden 2 Infarcte in der rechten Lunge nachgewiesen, die nach einigen Tagen ebenso wie das infarctöse Sputum verschwanden, und Patientin befindet sich jetzt wieder so wohl, wie vor dem Anfall. Auf Grund dieser Beobachtung empfiehlt Verf. den Gebrauch des Camphers in ähnlichen Fällen dringend.

689. ***Vorläufige Mittheilungen über eine combinirte Tuberculin-Tuberculocidinbehandlung.*** *Von Dr.* **Spengler.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 14. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 20.)*

Verf. schildert in der vorliegenden Arbeit die Resultate einer von ihm erdachten neuen Behandlungsmethode, bei welcher er kleinste Dosen von Tuberculin ($^1/_{50}$—$^1/_{10}$ Mgrm.) mit 5—20 Mgrm. des *Klebs*'schen Tuberculocidin combinirt. Bei dieser Combination soll das Tuberculocidin die Tuberkelbacillen tödten, das Tuberculin eine exsudative Entzündung hervorrufen. Auf diese Weise hat er zwei Fälle von beginnender Lungenspitzentuberculose, einen von multipler, disseminirter Tuberculose und einen Nasenlupus behandelt. In den beiden ersten Fällen wurde vollkommenes Schwinden der physikalischen Lungenerscheinungen und der Tuberkelbacillen aus dem Sputum erreicht, im dritten wurde eine ganz ausserordentliche Besserung im Laufe von vier Wochen mit 25 Injectionen erzielt, der Lupusfall wurde in einer bisher durch kein Mittel erreichten Weise ohne erhebliches Fieber oder sonstige Nebenerscheinung verändert. Die Wirkung dieser Zusammensetzung kommt darauf hinaus, dass „das tuberculöse Gewebe als solches durch das Mittel alterirt, necrotisirt wird. Die Tuberkelknötchen schmelzen, vereitern". Diese locale Wirkung wird in einzelnen Fällen schon durch kleinste Dosen erreicht, ohne nothwendig von Fieber begleitet zu sein. Die auf einander folgenden Injectionen verstärken den Effect der vorhergehenden. Die Körpertemperatur wird erhöht und kann zu einer Subcontinua werden, ohne dass in gleichem Masse die Localreaction gesteigert würde. Die hohen Temperaturen stehen in keinem ursächlichen Zusammenhange mit der Necrotisirung der Tuberkel, sondern scheinen lediglich von der Abtödtung der Tuberkelbacillen herzurühren, indem dabei frei werdende Toxine in den Kreislauf gelangen. Die Anzahl der von Verf. behandelten Fälle ist eine ausserordentlich geringe, seine Angaben über die Erfolge sind aber so bemerkenswerth, dass eine Nachprüfung jedenfalls erwünscht wäre.

690. ***Ueber die catalytischen Wirkungen des constanten Stromes.*** *Von Dr.* ***M. Meyer.*** *Vortrag in der Berliner med. Gesellschaft. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. — Centralbl. f. Med. 1892. 22.)*

Verf. empfiehlt zur Catalyse besonders die Anwendung biegsamer, sich möglichst genau anschmiegender Elektroden an beiden

Polen; durchschnittliche Sitzungsdauer 10 Minuten. Das Verfahren bewährte sich besonders bei Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen durch neuritische und perineuritische Exsudate, bei Ausschwitzungen in den Muskeln, im subcutanen Bindegewebe, in den Drüsen, Sehnenscheiden (schnellender Finger), bei gichtischen Ablagerungen in den Fingergelenken, Exsudaten der Schleimbeutel, Parästhesien, Callusbildungen, steifen Gelenken. Speciell erwähnt werden auch Fälle von mimischem Gesichtskrampf, von stabilem Gesichtsödem (als Residuum einer chronischen Bartflechte), von neuralgischen Occipitalschmerzen mit Drüsentumor in der Fossa supraclavicularis, von bohnengrossem Callus nach Knochenbruch des rechten Zeigefingers, und von Gelenkssteifigkeit im Knie nach acutem Gelenksrheumatismus mit frischer recidivirender Gonitis.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

691. ***Ein Fall von Coma diabeticum bei einer Schwangeren.*** *Von Dr.* **Born.** *(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1892. 11.)*

Frau von 24 Jahren, im 7. Monate schwanger. Nach mehrtägigem, scheinbar unbedeutendem Unwohlsein war Pat. plötzlich zusammengefallen, hatte kleinen Puls, circa 100 pro Minute und brach in einem fort; sie klagte über Durst, trank einige Löffel Wasser und brach. Der Leib ziemlich stark aufgetrieben, im linken Hypochondrium fühlte man neben dem Uterus eine Resistenz mit unbestimmten Grenzen, die Verf. für das mit Kothmassen angefüllte Colon descend. hielt. Die Klystier ohne Wirkung geblieben. Brechen dauert fort. Die früher sehr starken Kindsbewegungen waren ausgeblieben und man hörte keine Herztöne mehr. Nächsten Morgen derselbe Zustand. Pat. hatte in der Nacht etwas Urin gelassen, der auf Eiweiss mit negativem Resultat untersucht wurde, kein Stuhl, keine Winde. Verdacht auf Darmocclusion. Darmirrigation mit Glycerin und Ricinusöl. Am Abend hatte die Frau etwas Stuhlgang; das Brechen hörte auf; die schmerzhafte Stelle im Bauch ging weg, aber der Allgemeinzustand wurde schlechter, so dass man anfing, Campherölinjectionen zu machen. Nun erst ergab die Anamnese, die Frau hätte doch in den letzten 2—3 Monaten stets grossen Durst gehabt, sich jeden Tag noch eine Flasche Wein mit viel Wasser heimlich auf's Zimmer bringen lassen. Die Untersuchung des Harns ergibt Zucker. Pat. in sehr bedenklichem Zustand. Das Schlucken ging schlecht und wurde bald unmöglich. Innerhalb 1 Stunde trat vollständiges Coma ein. Eine kalte Begiessung brachte Pat. vorübergehend zur Besinnung, allein die Verschlimmerung nahm zu. Nach etwa 6stündigem vollständigem Coma trat Tod ein. Die Analyse des letzten, 3—4 Stunden vor dem Tode entleerten Urin ergab 85‰ Zucker, 1‰ Eiweiss, specifisches Gewicht 1030, kein Aceton, sonst nichts Besonderes. Die Section ergab: Leichte Trübung des Herzmuskels, Verfettung in Nieren, besonders in der stark verbreiterten Rinde, Trübung des Leberparenchyms, offenbar starke Verfettung, so dass die Unterscheidung der Acini ganz undeutlich war, nichts Abnormes im

Pancreas. Ein Ureter stark dilatirt. Der ganze Dickdarm stark aufgetrieben, aber nirgends ein Hinderniss; im Uterus ein 35 Cm. langer Fötus, dessen Haut stellenweise deutlich macerirt war (die Autopsie fand 13 Stunden nach Todeseintritt statt). Im Gehirn nichts Abnormes. Was die Krankheit maskirte, war die Schwangerschaft. — Hat die Schwangerschaft einen Einfluss auf die Entwicklung des Diabetes? Dass der Diabetes bei jungen Leuten schlechtere Prognose gibt, ist bekannt. Pat. war stets gesund gewesen, nur will sie ab und zu Ohnmachten gemacht haben. Was an ihr auffiel, war ihr älteres Aussehen (sie war 24 und wurde überall für 30 Jahre alt gehalten) und ihr starker Panniculus adiposus. Es ist wahrscheinlich, dass der Diabetes hier schon lange existirte. vielleicht Jahre lang, er muss sich sehr rapide verschlimmert haben, wahrscheinlich unter dem Einfluss der Schwangerschaft. Ob das Coma durch die Kothverstopfung und daherigen Functionsstörungen herbeigeführt wurde oder ob diese Ileuserscheinungen schon Paralyse des Darms und Beginn des Comas bedeuteten, ist zweifelhaft.

O. R.

692. ***Beobachtungen an 1000 Neugeborenen über Nabelkrankheiten und die von ihnen ausgehende Infection des Organismus.*** *Von Dr.* ***Eröss****. Mittheilung aus der I. geb.-gyn. Klinik zu Budapest. (Arch. f. Gyn. Bd. XLI. Heft 3. — Centralbl. f. Gyn. 1892. 20.)*

Verf. fand einen vollkommen regelmässigen Verlauf der Mumification der Nabelschnur und der Nabelvernarbung bei nur 32%, in 68% dagegen nicht nur Abweichungen, sondern sehr häufig schwere, in einigen Fällen (0·5%) sogar schon an der Klinik tödtlich verlaufene krankhafte Verhältnisse. Die 1. Gruppe solcher Störungen umfasst 14·7% Fälle von feuchtem Brand in Ausdehnung der ganzen Länge des Nabelschnurrestes oder nur dessen längeren oder kürzeren Abschnittes, am häufigsten am 3. Tage beginnend. Unter diesen (147) Fällen beobachtete Verf. 81mal Fieber, 3mal mit tödtlichem Ausgange an Allgemeininfection noch während des Aufenthaltes in der Klinik, wobei zu bemerken ist, dass während der Untersuchungen Puerperalfieber im strengeren Sinne an der Klinik nicht vorkam. Eine grosse Anzahl der fiebernden Neugeborenen wurde fiebernd entlassen, um theilweise später noch an Infection zu Grunde zu gehen. Umstände, die nach Verf.'s Erfahrungen den feuchten Brand begünstigen, sind vor Allem sehr blutreiche Nabelschnüre und die Watteverbände des Nabelschnurrestes. Die Einhüllung derselben in Watte hindert wegen des unvollkommenen Zutrittes der Luft die ideale Mumification des Restes mehr, als die Anwendung des Leinwandläppchens. Andererseits zeitigten die unter antiseptischen Cautelen angelegten Verschlussverbände auch gute Resultate, wenn sie auch nicht völlig vor Nabelerkrankungen schützten. In einer 2. Gruppe von Fällen (18·2%) kam es ohne Auftreten von Fäulniss zu einem Zerfall des unteren Abschnittes der Nabelschnur bei guter Mumification des peripherischen Theiles, so zwar, dass der untere Abschnitt fetzig zerfiel, erst die Sulze, zuletzt die Gefässe, wobei sich eine abgrenzende Entzündungslinie um den Nabel mit seröser Absonderung entwickelte. Diese Fälle verliefen viel seltener (nur in 30%) unter Fieber, als die Fälle der

1. Gruppe, und waren nur 2 sicher beobachtete Todesfälle zu verzeichnen in der Mitte des 2. Monats (an Infection). In einer 3. Gruppe von Fällen (22·4%) blieb nach Abfall der Nabelschnur ein hanfkorn- bis haselnussgrosser Stumpf zurück, der dann nach 1—4 Tagen unter Entzündung der angrenzenden Haut abfiel. Trotzdem Verf. hier alsbald einen mit Jodoform bestreuten Watteverband anlegte, tauchten doch in nahezu 25% der Fälle Fieberbewegungen von kurzer Dauer auf, ohne Todesfall in der Klinik. In einer 4. Gruppe (10·9%) fand sich nach Abfall der Nabelschnur „Omphalitis catarrhalis", d. h. leichte Entzündung mit seröser oder serös-eitriger Absonderung des Nabels. Hierbei nur in 22% Fällen Fieber, meist nur von kurzer Dauer. In einer 5. Gruppe stellte sich (in 1·7%) ein „Ulcus umbilici" nach Abfall der Nabelschnur ein, das sich in der Regel in wenigen Tagen reinigte und nur in 18% Fieber im Gefolge hatte. Zur 6. Gruppe endlich gehören 2 Fälle (0·2%) von „Gangraena umbilici" mit Fieber und tödtlichem Ausgang durch Peritonitis. Alles in Allem fand Verf. 20% Fieber in Folge Nabelerkrankung bei den 1000 Neugeborenen. Wie viel von diesen tödtlich waren, lässt sich nicht genau feststellen, da 5·7% fiebernd entlassen werden mussten, deren weiteres Ergehen nur theilweise bekannt geworden. Die Zahl der Erkrankungen erscheint sehr hoch, doch dürften wohl an anderen Kliniken, ebenso wie in der Privatpraxis, ähnliche Verhältnisse obwalten, da vielfach die fieberhaften Erkrankungen der Neugeborenen ohne Thermometer gar nicht zur Beobachtung kommen. Klinische Erscheinungen der am Nabel auftretenden Zersetzungsvorgänge, beziehungsweise der Infection des Organismus gibt es nicht, vielmehr ist das Fieber oft das einzige Anzeichen dafür und jedenfalls ein sehr zuverlässiges, wenn auch nicht zu leugnen, dass selbst schwere Nabelinfectionen ohne Fieber und überhaupt ohne sichtbare Krankheitserscheinungen vorkommen. Bezüglich der Behandlung des Nabelschnurrestes macht Verf. keine bestimmten Vorschläge. Er vertritt hier den Grundsatz *Runge's*, dass man den Nabelschnurrest der Luft möglichst zugänglich machen müsse, damit die trocknende Wirkung der Luft, unterstützt durch die Körperwärme, bei der Vertrocknung vortheilhaft zur Geltung kommen könne. Im Uebrigen sieht er die zukünftige Verbesserung nicht sowohl in der prophylactischen Anwendung von antiseptischen Verbänden, sondern vielmehr in der grössten Reinlichkeit und vor Allem in der strengen Ueberwachung der Hebammen.

693. ***Bruchoperationen im Krankenhause Sabbatsberg während des Decenniums 1881—1890.*** *Von* ***Ivar Svensson.*** *(Årsberättelse från Sabbatsberg Sjukhus. 1891. XII. 80.)*

Wohl kein Krankenhaus gebietet über ein reichlicheres Material von Bruchoperationen, da Verf. auf Grund reichhaltiger Erfahrungen ein entschiedener Anhänger der Radicaloperation ist. Im Decennium 1881/90 hat der schwedische Chirurg 417 Radicaloperationen ausgeführt. Vier der Operirten starben, doch gehört dahin ein Patient, bei dem die Operation gar nicht zur Ausführung kam. Bei einem 37jährigen Manne mit doppelseitigem Bruche (links kindskopfgross, rechts bis 5 Cm. über das Knie reichend, mit dem Bruchbande nicht zurückzuhalten) incidirte Verf. den linken Bruch-

sack, fand aber, dass ein sehr bedeutender Theil des Dickdarmes hineingezogen und an der Wand befestigt, somit die Radicaloperation unmöglich war und nähte die Incisionsstelle wieder zu. Dies ist der einzige der Kranken, der an Peritonitis zu Grunde ging. Die drei anderen Todesfälle waren nicht directe Folge der Operation. Der eine betrifft ein sehr decrepides 57jähriges Weib, das einem mit Nephritis combinirten acuten Intestinalcatarrhe erlag, nachdem die Operationswunde bereits verheilt war. In dem zweiten Falle ging ein Alkoholist 14 Tage nach der Operation unter Delirien zu Grunde; bei der Section fand sich Oedem und Anämie des Gehirns, Fettherz und chronische interstitielle Nephritis. Der dritte Kranke war ein auf seinen dringenden Wunsch wegen eines strausseneigrossen Bruches Operirter, an Marasmus senilis leidender 65jähriger Mann, der am neunten Tage nach der Operation an acuter Pneumonie zu Grunde ging. Dieses Resultat der Radicaloperation, welches darauf hinausläuft, dass bei gesunden Personen die Mortalität bei der Radicaloperation gleich Null ist, erscheint um so bemerkenswerther, da Verf. namentlich in den ersten Jahren häufig mehr als kindskopfgrosse Hernien zu operiren hatte, während in den letzten Jahren die Kranken meist früher zur Operation kamen. Während desselben Zeitraumes wurden in Sabbatsberg 153 eingeklemmte Brüche operirt, mit einer Mortalität von 46 gleich nahezu 30 Procent. Hier erklärt sich die hohe Sterblichkeit daraus, dass die Pat. sehr spät, zu einer Zeit, wo der Darm bereits brandig war, in das Hospital eintraten. Nabelbrüche hat Verf. in dem Decennium 1881/90 9 operirt, darunter 4 eingeklemmte. Trotzdem die Operation in einzelnen Fällen wegen der schwer zu lösenden Adhärenzen zwischen Darm, Netz und Bruchsack ausserordentlich mühsam war, kam kein Todesfall vor. Die früher von ihm vielfach geübte Methode der Alkoholinjection wendet Verf. jetzt nur noch ausnahmsweise und nur bei Kindern an, wo sie gute Resultate gibt. Das schon früher (1884) als sehr günstig constatirte Verhalten in Bezug auf Recidive nach der Radicaloperation, indem bei 80 Procent der Operirten nach Jahresfrist kein Rückfall eintrat, hat sich noch günstiger gestaltet. In vielen Fällen von Recidive ist aber eine Besserung insofern eingetreten, als der neuentstandene Bruch nicht wieder erst irreponibel ist, sondern leicht mittelst Bruchbandes zurückgehalten werden kann.

Th. Husemann.

694. ***Zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft in den späteren Monaten der Gravidität.*** *Von Prof. Dr.* **R. Frommel.** *(München. med. Wochenschr. 1892. 1. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 51.)*

Verf. berichtet über zwei günstig verlaufene Operationen bei Extrauterinschwangerschaft; in dem einen Falle liess sich der Fruchtsack total exstirpiren (das Kind war bereits abgestorben); in dem anderen Falle wurde der Fruchtsack mit Jodoformgaze wegen der enormen Blutung tamponirt, und dann in die Bauchdecken eingenäht. Die Heilung wurde durch eine bei der Operation entstandene Kothfistel aufgehalten, kam aber nach 3 Monaten vollständig zu Stande. Das durch die Laparotomie entwickelte Kind blieb am Leben. Verf. resumirt seine Erfahrungen dahin: 1. Bei

vorgeschrittener Extrauteringravidität ist unter allen Umständen die operative Behandlung indicirt. 2. Es ist daher die Totalexstirpation des Fruchtsackes immer in erster Linie anzustreben, während das Einnähen des Fruchtsackes nur in Nothfällen zu wählen ist. 3. Es ist nicht rathsam, mit der Exstirpation bis nach dem Fruchttode zu warten, sondern jede Extrauterinschwangerschaft ist so bald wie möglich zu beseitigen.

695. ***Zwei Fälle von Sehnenersatz durch Seidenfäden.*** *Von Dr.* ***Gluck.*** *Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft, Sitzung vom 2. März 1892. (Prag. med. Wochenschr. 1892. 25.)*

Schon vor 10 Jahren hat Verf. eine Methode angegeben, Sehnendefecte zu ersetzen, und zwar nicht nur in der Continuität, wenn das centrale und periphere Ende noch vorhanden ist, sondern in den Fällen, in denen die Endsehne verloren gegangen ist. In dem ersten Falle handelte es sich um einen Continuitätsdefect der Flexoren des Mittelfingers, und zwar des Flexor profundus und sublimis bei einem älteren Manne. Derselbe wurde in einer Ausdehnung von 10 Cm. durch Seiden- und Catgutfäden ersetzt. Die Heilung erfolgte per primam, der Finger hat vollkommene Beweglichkeit. Pat. kann die Faust mit voller Kraft schliessen. Es ist inzwischen weder eine Resorption, noch eine Continuitätstrennung eingetreten; vielmehr vollzieht sich eine allmälige Umwallung und Substitution durch Bindegewebe und diese garantirt dauernd den primären Heilerfolg. Im zweiten Falle handelt es sich um den Ersatz einer Endsehne, und zwar des Indicator und Extensor communis. Verf. hat den frei präparirten centralen Sehnenstumpf mit Seidenbündeln benäht, diese vorgezogen bis zur Insertionsstelle der Sehne und sie mit einer Stahlnadel fixirt. Nach 4 Wochen konnte er letztere entfernen und der Pat. ist nunmehr im Stande, sowohl Mittel- wie Endphalange zu extendiren.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

696. ***Ein Fall von geheilter Chorea laryngis.*** *Von Dr.* ***W. Posthumus Meyjes,*** *Amsterdam. (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 5.)*

52jähriger Mann leidet schon seit vier Jahren an einem hartnäckigen Husten, der ihn ohne Aufhören quält. Eine Ursache davon ist ihm nicht bekannt. Der Mann ist sonst gesund. Während des Schlafes hustet er nicht. Der Husten ist dem höchst unangenehmen Laut des Seelöwen ähnlich; choreatische Bewegungen werden dabei nicht wahrgenommen. Jahre hindurch hat er Antinervina, Narcotica, Roborantia aller Art zu sich genommen, jedoch ohne den geringsten Erfolg. Verf. gab 3mal täglich 0·5 Grm. Antipyrin. Das Resultat war eclatant. Schon am zweiten Tage hatte die Intensität des Hustens abgenommen, am Abend des dritten Tages war der Husten nahezu, am Morgen des fünften Tages ganz verschwunden. Das Eigenthümliche des Falles war das Alter des Pat., weil man bei Erwachsenen überhaupt höchst selten Chorea laryngis wahrnimmt, und immer nur die mit Paroxysmen; von dieser continuirenden Form sind nur vereinzelte Fälle in der Literatur bekannt. Das Antipyrin ist ein vorzügliches Mittel, die

erhöhte Reflexthätigkeit herabzusetzen, da man doch allgemein als Ursache der Chorea laryngis eine Reizung der corticalen motorischen Larynxcentren annimmt, ebenso wie Chorea major und minor corticalen Ursprungs sind. Oefters ist in Fällen von Chorea m. (Veitstanz) das Antipyrin auf der Klinik des Professor *Pel* in Amsterdam mit gutem Resultate angewendet worden.

697. ***Ueber die Antiseptik der Cornea.*** *Von Dr.* ***L. de Wecker.*** *(Arch. d'Ophthalm. XII. 4. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1892. 7.)*

Eine auf die bacteriologische Theorie gestützte Therapie der Entzündungen der Cornea muss entweder eine localantiseptische oder eine interne Medication zur Folge haben, welch letztere gegen die Autoinfection gerichtet ist. Haben wir nun in der localen Therapie, wo der Weg so deutlich vorgezeichnet ist, besondere Fortschritte gemacht? Sehen wir von der Behandlung mit dem Glüheisen ab, so sind wir bei den verschiedenen Collyrien geblieben. Was wir concret gewonnen haben, ist, dass wir gegenwärtig vermeiden, Wunden mit Collyrien, die mit Mikroben gesättigt sind, zu berieseln und uns nur aseptischer Augenwässer, die in sterilisirten Fläschchen verwahrt sind, bedienen. Träufeln wir auch ein Collyrium mehrmals des Tages ein, so genügt dies kaum, um die Keime im Conjunctivalsack zu zerstören. In solchen Fällen ist es eher angezeigt, wenn keine stärkere Conjunctivalsecretion vorhanden ist, einen Verband anzulegen. Verf. benützt zum nassen Verband folgende Mischung:

Rp. *Eser. salicyl.* 0·5,
Acid. bor. 4·0,
Aqu. destill. 20·0,
Glycer. pur. neutr. 50·0,

oder es wird einfach Jodol zwischen die Lider gestreut und das Auge trocken verbunden. Gelingt es, die Keime zu zerstören, die sich im Cornealgewebe festgesetzt haben, dann kann man eine rasche Heilung erreichen. Dieses Desiderat sucht man zu realisiren, indem man nach Einträufelung von Fluorescin den Galvanocauter anwendet. Aber angenommen, man hätte alle Keime getödtet, so bleibt unter dem Schorfe eine noch grössere entblösste Stelle zurück, die der Infection vom Conjunctivalsack offen steht. Die Ohnmacht des Galvanocauters ist auch deutlich ersichtlich bei Geschwüren in Folge von Dacryoblennorrhoe oder Ophthalmia purulenta. Die einfache Desinfection der erkrankten Hornhautpartien hat keinen Zweck, wenn wir nicht zu gleicher Zeit eine Reinfection verhindern können. Andererseits muss man auch bekennen, dass wir die Wohlthaten der Antiseptik für die Cornealaffectionen nicht verwerthen können, weil wir über gewisse Concentrationsgrade nicht hinausgehen können und weil wir das Desinficiens nicht in genügend langem Contacte mit der Cornea lassen können. Es gilt daher, eine Methode zu finden, bei welcher das Antisepticum in sehr langem Contacte mit den erkrankten Partien der Cornea verbleiben kann, ohne die Transparenz derselben zu schädigen. Verf. hat sich Schalen anfertigen lassen, die den künstlichen Augen sehr ähnlich sind, in der Mitte eine Oeffnung haben, durch die man die zu verwendende Flüssigkeit eingiessen kann und die der Oberfläche des Auges sich sehr gut anpassen. Es ist dadurch vor der Cornea ein Raum ge-

schaffen, der mit einem beliebigen Antisepticum ausgefüllt werden kann, und da die Schale keinerlei Beschwerden verursacht, auch durch längere Zeit liegen gelassen werden kann. Die Einführung und Wegnahme des Schälchens geschieht ohne irgend welche Reizung oder Verletzung des Cornealepithels. Man heisst den Pat. sich niederlegen, instillirt Cocain und lässt das Schälchen unter die Lider gleiten. Auch bei ungeberdigen Kindern geht das leicht von statten. Rinnt etwas an den Seiten ab, so kann sehr leicht nachgeschüttet werden. Verf. erwartet, dass die Augen bei dieser Art von Behandlung weniger an durch Hornhauttrübungen veranlasster Sehschwäche leiden werden. *r.*

698. ***Ein Fall von Taubstummheit mit Acusticusatrophie und Bildungsanomalien im häutigen Labyrinth beiderseits.*** *Von Dr.* ***Scheibe.*** *(Zeitschr. f. Ohrenhk. Bd. XXII. — München. med. Wochenschr. 1892. 27.)*

Der mit Hilfe von Schnittserien untersuchte Fall unterscheidet sich besonders dadurch von allen bisher bekannten Sectionsbefunden bei Taubstummheit, dass die Bildungsanomalien, welche wohl als Entwicklungshemmungen aufzufassen sind, nur den häutigen Theil des Labyrinths betreffen bei völligem Intactsein des knöchernen Theils. Die (quantitative) Atrophie des Acusticus erstreckt sich nur auf die Nerven der Schnecke, des Sacculus und der hinteren (unteren) Ampulle, also auf die drei Aeste, welche vor ihrem Eintritt in das Felsenbein zusammen den Ramus posterior *(Retzius)* bilden. Nirgends im ganzen Labyrinth sind Zeichen einer abgelaufenen Entzündung vorhanden. Vom allgemeinen Sectionsbefund ist hervorzuheben, dass sich im Stirnlappen an dessen Oberfläche Cysten mit klarem Inhalt befinden, welche mit der Dura nicht verwachsen sind.

Dermatologie und Syphilis.

699. ***Ein Fall von syphilitischer Reinfection.*** *Von Dr.* ***Alexis Pospelow.*** *(Annal. de dermat. et syph. 1892. Febr. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 53.)*

Einwandfreie Fälle von Reinfection liefern den vollgiltigen Beweis für die thatsächliche Heilbarkeit der Syphilis. Wie bekannt, schafft die Syphilis dem davon Befallenen völlige Immunität, deren Zustandekommen von *Finger* und *Ledermann* in Analogie zu anderen Infectionskrankheiten auf die Einwirkung der Stoffwechselproducte der supponirten Syphilismikroben bezogen wurde. Wird nun eine syphilitisch gewesene Person zum zweiten Male inficirt, so ist damit der sichere Nachweis geliefert, dass nicht nur das active Syphilisgift — die Mikroben —, sondern auch die im Organismus durch die Stoffwechselproducte dieser Mikroben hervorgerufenen chemischen Alterationen, auf denen der Mechanismus der Immunität beruht, vollständig aus dem Körper eliminirt gewesen sein mussten, da sonst eine Reinfection unmöglich gewesen wäre — mit anderen Worten, dass die betreffende Person eine Zeit lang gesund gewesen ist. Demgemäss beansprucht der folgende Fall unser Interesse. Der Pat. wurde zum ersten Male im Jahre 1882 inficirt und acquirirte

damals eine Sclerose im Sulcus coronarius penis, der sich Ende December eine unter heftigen fieberhaften Erscheinungen verlaufende Roseola anschloss. Unmittelbar nach der ersten, in der Application von 35 Inunctionen bestehenden Behandlung entwickelte sich eine papulo-ulceröse Angina mit consecutiven Plaques muqueuses der Lippen, welche bei der Intoleranz des Pat. gegen Jodkali zunächst mit Höllensteinätzungen mit wechselndem Erfolge behandelt, später durch die neuerliche Application von 32 Inunctionen beseitigt wurden. Verschiedenartige Recidive (Papeln, Psoriasis palmaris etc.) machten einen Aufenthalt des Kranken im Schwefelbade Piatigorsk (Kaukasus) nothwendig, woselbst unter Schwefelbädern und 65 Frictionen wiederum ein Verschwinden sämmtlicher Symptome eintrat. Nach einer nochmaligen Cur in Piatigorsk im Jahre 1884 wurden keine neuen Symptome mehr beobachtet, so dass Verf. keinen Anstand nahm, dem Kranken zwei Jahre später das Heiraten zu gestatten. Ein neun Monate nach der Hochzeit geborenes, ausgetragenes Kind war, ebenso wie die Mutter, gesund. Bei einem ausserehelichen Coitus im December 1890 acquirirte Pat. wiederum eine Sclerose, die von ziemlich heftigen Allgemeinerscheinungen gefolgt war. Auch die Frau des Pat. wurde inficirt und zeigte den vollständigen Symptomencomplex einer recenten Lues. Die vorliegende Krankengeschichte ist so klar und eindeutig, dass sie eines weiteren Commentars nicht bedarf.

700. ***Behandlung der chronischen Gonorrhoe.*** *Von Dr.* ***A. Philippson.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 7. — Centralbl. f. Chir. 1892. 26.)*

Verf. begründet und theilt eine Methode der Behandlung der chronischen Gonorrhoe mit, die sowohl auf die Pars anterior wie posterior localisirt ist. Jedem mit chronischer Gonorrhoe behafteten Patienten führt er, bevor er urinirt hat, im Stehen einen elastischen Catheter (Charrière 12) in die Harnröhre bis zur Pars membranacea, die reflectorisch durch den Musc. compressor geschlossen ist, und spült dann mit einer schwachen Zinkcarbollösung aus. Die Flocken des Spülwassers gestatten einen Rückschluss auf die Intensität der Erkrankung und deren Sitz; denn nun muss Patient uriniren, und das Vorhandensein, respective Nichtvorhandensein von Flocken im Urin ermöglicht die Differentialdiagnose, ob die Pars ant. allein, oder die Pars post. allein, oder endlich beide erkrankt sind. Bei der Behandlung wird nun, nachdem er urinirt hat, ein elastischer Nélatoncatheter (17, respective 13) in die Blase geführt, mit einer Spritze 150 Ccm. einer medicamentösen Flüssigkeit injicirt, der Catheter wieder herausgezogen und endlich der Patient aufgefordert, die Flüssigkeit zu entleeren. Das Medicament ist eine Lösung von Arg. nitr. 1·0 : 3000·0, welche langsam concentrirter wird und dann bis 4·0 : 3000·0 steigt.

701. ***Ueber schwere Fälle von Jodexanthem.*** *Von Dr.* ***Gemy.*** *(Annal. de dermat. et syph. 1891. 8 u. 9. — Centralbl. f. Chir. 1892. 26.)*

Verf. bringt neue Beiträge zur Casuistik der durch Einverleibung von Jodkalium hervorgerufenen Hautausschläge, welche er für noch keineswegs abgeschlossen erachtet, und berichtet über einen Fall von Erythema urticatum und einen zweiten von eczemähnlicher Joderuption. Wichtiger als diese beiden Fälle sind aber

zwei weitere Beobachtungen von pustulo-ulceröser Dermatitis mit Ausgang in Narbenbildung, bei welcher aus naheliegenden Gründen die für den mit dieser Form der Joderuption nicht bekannten Arzt ungemein schwierige differentielle Diagnose von grösster Wichtigkeit sein muss. Diese schwersten Formen der Jodkaliumdermatitis sind zwar auch bereits von *Besnier* und auch von amerikanischen Autoren bereits berücksichtigt worden, gehören aber jedenfalls zu den allerseltensten Vorkommnissen; in differentialdiagnostischer Beziehung sind jedenfalls anamnestische Erhebungen, welche das acute Auftreten kleiner und grösserer, rasch in Pustulation übergehender Infiltrationsherde unmittelbar nach Einleitung einer energischen Jodkalitherapie oder nach plötzlicher Steigerung der bis dahin mässigen Dosen des verabreichten Mittels sicherstellen, von grösster Bedeutung; im Uebrigen dürfte auch die mehr hellrothe Färbung der Knötchen und die Tendenz zu acutestem Zerfall Verdacht erwecken; gegenüber einer vulgären Impetigo larvalis wäre bei der Joderuption im Stadium der Krustenbildung auf die scharfen Grenzcontouren der letzteren Gewicht zu legen. Was die Behandlung betrifft, so wäre selbstredend in erster Linie die völlige Sistirung der Medication anzurathen; insofern es aber zweifellos Fälle gibt, in denen die Fortsetzung der Jodkaliumbehandlung unbedingt erforderlich ist, wird man unter Umständen auch mit einer massvollen Dosirung des Mittels auskommen können.

702. ***Einen Fall von gummösen Geschwüren an der Glans penis und Gumma in der Iris.*** *Von Dr.* ***Mracek.*** *Demonstrat. im Verein der Aerzte Nieder-Oesterreichs in Wien. (Oesterr ärztl. Vereinsztg. 1892. 13.)*

K. R., 34 J. alt, gibt an, mit einem Geschwür am Penis und mit Rachengeschwüren vor sechs Jahren durch vier Wochen blos local behandelt worden zu sein. 3 Jahre später inficirte sich der Kranke mit einem Geschwür, dem eine suppurative Adenitis folgte und wurde auch nur local von einem Arzte behandelt. Mitte December 1891 entwickelte sich eine Wunde am vorderen Antheile des Gliedes, gegen welche seither locale Mittel angewendet wurden; die Augenaffection bemerkte der Kranke eine Woche vor Eintritt in das Spital. Er wurde am 7. Juni mit folgendem Status praesens aufgenommen: starke Ciliarinjection des rechten Auges, Cornea am unteren Pole getrübt, Kammer sichtbar, Iris verwachsen, im unteren Antheile derselben ein gelblicher, über linsengrosser, in die Pupille hineinragender Knoten. Am vorderen Antheile der Glans penis umgibt das Orificium ein Defect in der Grösse eines halben Kreuzers mit steil abfallenden Rändern und unebener, noch infiltrirter Basis. Inguinaldrüsen, Axillardrüsen, ebenso einige Halsdrüsen grösser, auffallend hart, rechtsseitige Kopfschmerzen, welche sich Nachts steigern. Wir haben es mit einer vor 6 Jahren erworbenen Syphilis zu thun, welche als gummöses, bereits sechs Monate bestehendes Geschwür am Penis aufgetreten ist und der localen Behandlung getrotzt hat. Zudem entwickelte sich ein Gumma in der Iris von seltener Grösse. Die Therapie bestand bis heute in zwölf Einreibungen, innerlich durch etwa 14 Tage Jodkali; das Auge wurde mit Schutzverband und Atropin-Einträufelungen behandelt; das Geschwür am Penis mit rother (1·5procentiger)

Präcipitatsalbe. Nun ist die Augenaffection bis auf eine kleine Erhebung am Saume der Iris geheilt und das Geschwür an der Glans penis vollkommen vernarbt. Die Kopfschmerzen sind geschwunden, das Aussehen des Kranken hat sich gebessert. Der Fall bietet Interesse sowohl was den Verlauf der Krankheit, als auch was die Wirkung der Mittel anbelangt. Nach einer vor $5^1/_2$ Jahren erfolgten Acquisition der Lues tritt diese, ohne eine Störung in dieser Zeit gemacht zu haben, als eine gummöse Infiltration an zwei entfernten Körperstellen auf. Sie weicht der Localbehandlung nicht, ergreift ein edles wichtiges Organ und macht eine Allgemeinbehandlung nöthig. Was diese anlangt, so muss man nach dem raschen Erfolg trotz aller modernen Anpreisungen der subcutanen Injectionsmethoden der altbewährten Einreibungscur für schwere Fälle auch fernerhin treu bleiben.

703. ***Ueber Schminkpoudres und Schminken.*** *Von Dr.* ***Saalfeld.*** *Berlin. (Therap. Monatsh. 1892. 5.)*

Als einfaches weisses Schminkpoudre ist das Pulvis cosmeticus albus anzusehen: *Zinc. oxydat. 21·5, Talci veneti 34·5, Magnes. carbon. 3·5, Ol. mille fleurs gtt. II.* — Um die Färbung zu ändern, kann man geringe Mengen von Farbstoffen hinzufügen: *Pulver. cosm. alb. 500·0, Carmin solut. (scil. in Liq. ammon. caust.) 0·05* (Rosa); oder *Pulver. cosmet. alb. 80·0, Carmin. solut. 0·05, Goldocker 1·0* (Gelb); oder *Pulver. cosm. alb. 20·0, Tinct. croc. gtt. X* (Hellgelb). — Wohlgemerkt sind das noch keine farbigen Schminkpoudres. Um die rothe Farbe herzustellen, muss man Carmin im Verhältniss von 1—2 Procent hinzufügen: *Carmin. 0·5—1·0, Talc. venet. alcoholisat. 50·0.* — Zur Herstellung einer Fettschminke setzt man 5—10 Procent Spermacet oder Butyrum Cacao hinzu: *Pulv. cosmet. alb. 50·0, Spermati ceti 5·0 oder Carthamin.* (roth) *1·0, Talc. venet. alcoh. 9·0, Spermati ceti 10·0, Ol. amygdal. dulc. 20.* — Die Fettschminke wird besonders im Winter auf der Strasse zur Anwendung kommen, während im Sommer und bei grosser Hitze die Schminkpoudres zweckmässig sind. Das Schminken wird in der Weise vorgenommen, dass die Haut zunächst mit einer dünnen gleichmässigen Schichte von Lanolincrême (Lanolin. anhydr. 9·0, Adip. benzoat. 3·0) eingefettet wird. Darauf wird weisses Poudre aufgetragen, der Ueberschuss durch Abwischen entfernt, dann das Roth in der Nähe von Nase und Mund aufgelegt und nach den Ohren zu gleichmässig verstrichen.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

704. ***Die Aetiologie des Juckens.*** *Von* ***Edward Bennet Bronson.*** *(Med. Record. 1891. 24. Oct. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 14.)*

Die primäre Ursache des Juckens sind nach Verf. für uns nicht wahrnehmbare moleculäre oder dynamische Veränderungen in dem sensorischen Nervenapparat; Veränderungen, deren unmittelbare Folge vermuthlich eine Dysästhesie ist, und deren einziges,

nachweisbares Kennzeichen eben die gestörte Empfindung ist. Die accessorischen pathologischen Ursachen können in prädisponirende und erregende eingetheilt werden. — Prädisponirende Ursachen: *A*. Ein Zustand cutaner Hyperästhesie oder krankhafter Reizbarkeit der cutanen Nerven. Er tritt auf *a)* als localer Ausdruck eines allgemeinen nervösen Zustandes, der angeboren oder erworben sein kann, in welchem Falle die einfachsten Reize, wie Reibung durch Kleider oder Temperaturwechsel, genügen, um die Empfindungen auszulösen, oder *b)* er ist die Folge localer Veränderungen in der Haut, begleitet von fortgesetzter Reizung der Hautempfindungsnerven. *B*. Ein Zustand von Hypopselaphesia, d. h. ein Zustand verminderter Leitung der Tastempfindung in den Hautnerven. Obwohl diese gewöhnlich als Begleiterscheinung der Hauthyperästhesie auftritt, kann sie möglicherweise auch unabhängig bestehen, z. B. in atrophischen Zuständen (besonders bei Pruritus senilis). — Erregende Ursachen. *A*. Reize, die auf die Haut vom Inneren des Körpers her fortgepflanzt sind entweder *a)* als Reflexreize oder *b)* Reize, die von den Nervencentren ausgehen. *B*. Directe oder locale Reize: *a)* von äusseren Quellen, d. h. solche Reize, die auf die Hautoberfläche wirken, *b)* von in der Haut gelegenen Quellen, nämlich 1. Läsionen trophischer Hautkrankheiten und ihre Producte. 2. Toxische vom Blute abgelagerte Stoffe. 3. Effecte localer Ernährungsstörungen. 4. Spastische Contractionen der Musc. arrectores pilorum, die zwar nicht allein, aber in Vergesellschaftung mit anderen Ursachen genügen, um Jucken zu verursachen.

705. ***Die Verdaulichkeit der Eiweissstoffe.*** *Von* **A. Stutzer.** *(Centralbl. f. allg. Gesundhheitspflege. 1892, 2 u. 3, pag. 59. — Schmidt's Jahrb. 1892. 6.)*

Bekanntlich werden auch unter den günstigsten Bedingungen nie alle Eiweisssubstanzen völlig verdaut, immer bleibt ein Rest in den Excrementen zurück, auch wenn man davon die in den Darm ausgeschiedenen Stoffwechselproducte (Schleim, Gallenbestandtheile u. s. w.) absondert. Auch bei künstlichen Verdauungsversuchen ergab sich das Resultat, dass ein Theil der Eiweissstoffe unresorbirt den Körper verlässt. Durch die künstliche Verdauung lässt sich ermitteln, wie viel Eiweiss eines Nahrungsstoffes unter möglichst günstigen Verhältnissen verdaut werden kann, und diese Menge entspricht nach Fütterungsversuchen vollkommen derjenigen, welche von gesunden Thieren unter sonst normalen Bedingungen thatsächlich verdaut wird. Die künstliche Verdauung zeigt aber auch, dass auf die grössere oder geringere Verdaulichkeit des Eiweisses sowohl die Art des Nahrungsmittels, als auch seine Zubereitung von grossem Einfluss ist — eine Thatsache, die in der Praxis zwar längst bekannt, aber wissenschaftlich noch nicht hinreichend gestützt ist. Fast allgemein nimmt man an, dass das rohe Rindfleisch schneller verdaut wird, als das gekochte, und dass das Fleisch durch die Siedehitze schwerer verdaulich wird, ist auch schon experimentell nachgewiesen. Verf. konnte dies durch seine Versuche bestätigen. Magensaft (mit 0·2 Procent HCl-Gehalt) löste in 30 Minuten vom Eiweiss des rohen Rindfleisches 96·9 Procent, von dem des gekochten 79·3 Procent. Wie das Kochen die Verdaulichkeit des Fleischeiweisses verringert, so das Backen die

Verdaulichkeit des Eiweisses im Mehl. Während vom Eiweisse des Weizenmehles in 30 Minuten durch den Magensaft 100 Procent gelöst wurden, waren die entsprechenden Zahlen beim Eiweiss des Weizenbrodes mit harter Kruste 34 Procent, bei der inneren Krume des Graubrodes 59—69 Procent, bei einer Mischung von Kruste und Krume des Graubrodes 48 Procent. Während also die Stärke des Mehles durch den Backprocess leichter verdaulich wird, werden die Eiweissstoffe schwerer verdaulich. Durch andere Versuche bestätigte Verf. noch die bekannte Thatsache, dass Milchsäure, Weinsäure, Aepfelsäure, Citronensäure, auch Essigsäure, alle bis zu einem gewissen Grade, die Salzsäure im Magensafte ersetzen können.

706. ***Ueber Magengährung.*** *Von* **G. Hoppe-Seyler.** *Vortrag beim XI. Congress für innere Medicin. (Centralbl. f. klin. Med. 1892. 25.)*

Es gelingt durch Einschaltung eines kleinen Apparates in die Vorrichtung zum Aushebern des Magens, die Magengase direct aufzufangen und zu analysiren. Derselbe besteht aus einer mit Wasser gefüllten, umgekehrt aufgehängten *Woulf*'schen Flasche, durch welche die Magenflüssigkeit passirt, wobei sich die Gase am Boden der Flasche ansammeln. Durch ein bis zum Boden reichendes Glasrohr kann das Gas zur Analyse entnommen werden, welche mit den *Hempel*'schen Methoden ausgeführt wird. Es wurden 55 Analysen bei 19 Fällen von Magenerkrankungen der medicinischen Klinik in Kiel gemacht. Bei 11 Fällen von Magendilatation wurden grössere Mengen von Wasserstoff (7—64%) und Kohlensäure (19—58%), sowie wechselnde Mengen von Sauerstoff und Stickstoff (aus hinabgeschluckter Luft herrührend) gefunden. Diese Gasgemische waren meist brennbar. Es ist also Auftreten brennbarer Gasgemische im Magen keine grosse Seltenheit. Bei diesen Fällen handelte es sich 3mal um Pylorusstrictur nach Ulcus ventriculi, 2mal kam Carcinom in Frage, 4mal handelte es sich sicher um Carcinom des Pylorus, in 2 Fällen war die Ursache der Magendilatation unbekannt. Die Entstehung des Wasserstoffes beruht wohl hauptsächlich auf der sogenannten Buttersäuregährung, Bildung flüchtiger Fettsäuren aus Kohlenhydraten durch Mikroorganismen. Salzsäure selbst bis 0·2% störte diese Gährung nicht. Wahrscheinlich ist die Salzsäure dann aber im Mageninhalt verschieden stark vertheilt, da durch so grosse Mengen derselben die Gährung sonst verhindert wird. Bei Abwesenheit der Salzsäure wird mehr Kohlensäure gebildet (Wirkung der Hefepilze, wie sich in einem Falle nachweisen liess, wo 83·8% Kohlensäure producirt wurden). In 6 Fällen wurde kein Wasserstoff gefunden. Es handelte sich um Fälle von Magendilatation mit und ohne Carcinombildung, sowie um Kranke ohne Erweiterung des Magens. Hier fand sich fast nur Luft im Magen, deren Sauerstoff zum Theil resorbirt war, daneben wechselnde Mengen von Kohlensäure (2—8%, bei Duodenalstenose und Regurgitiren von Duodenalinhalt 15·7%), die Hauptmasse war Stickstoff. Mehrere dieser Fälle gehörten dem von *Quincke* geschilderten Luftschlucken an. Mit der geschilderten Methode kann man bei jeder Magenausspülung Gas auffangen und in etwa einer halben Stunde auf Kohlensäure, Sauerstoff und Wasserstoff untersuchen. Für die Frage, ob das den Magen er-

füllende Gasgemisch aus Gährungsproducten oder hinabgeschluckter Luft besteht, kann dieselbe entscheidende Aufschlüsse geben.

707. ***Ueber die secundären Veränderungen des Kreislaufsapparates bei Insufficienz der Nierenthätigkeit.*** *Von* ***O. Israel.*** *Berlin. Verhandlungen d. XI. Congr. f. innere Medicin. (Centralbl. f. klin. Med. 1892. 25.)*

Verf. berichtet über Befunde am Gefässapparat Nierenkranker, welche als secundäre Erscheinungen anzusehen sind, und so lange keine Compensationsstörungen sich eingestellt haben, dazu beitragen, die allgemeine Circulationsgrösse *(Liebermeister)* dauernd zu erhöhen. Solche Veränderungen sind vornehmlich die Hypertrophie des linken und des rechten Ventrikels, welche letztere, ebenso wie eine in geringen Grenzen bleibende Erweiterung der Ventrikel und eine geringfügige Hypertrophie der Vorhöfe, nie vermisst wird, wenn die Hypertrophie des linken Ventrikels deutlich ist. Eine Dilatation erheblichen Grades ist immer eine Compensationsstörung. Ferner ist Verf. geneigt, die eventuell oft auch ohne Compensationsstörungen vorhandene „cyanotische Induration" vornehmlich der Unterleibsorgane anstatt, wie allgemein üblich, auf Behinderung des venösen Abflusses, vielmehr auf active Congestion zurückzuführen, da oft nur die Milz allein cyanotisch indurirt ist. Dieses Organ ist stets zunächst den Folgen einer dauernden Druckerhöhung ausgesetzt und sein Gefässapparat, wie auch derjenige von Nieren, Pancreas, Nebennieren zu secundären Erkrankungen besonders geneigt; auch die frei im Schädel verlaufenden Abschnitte der Carotis, die Basilaris, die Vertebrales und die Gehirnarterien sind exponirter als andere Gefässe. Besonders aber findet sich in der Aorta, neben den schon früher vom Verf. physikalisch bestimmten Elasticitätsstörungen regelmässig Erweiterung und oft Endoaortitis chronica. Eine eigenartige Form partieller Erweiterung der Aorta bezeichnet Verf. als konische Dilatation. Alle die Erscheinungen finden sich, wie bei Nervenkranken, auch bei Säufern, sowohl bei Alkohol-, wie bei übermässigem Wasser-(Bier-)Genuss, und bei Diabetes mellitus. Verf. schliesst daraus, dass die compensatorische Leistung des Herzens bei absoluter oder auch relativer Insufficienz der secretorischen Nierenfläche darin bestehe, die allgemeine Circulationsgrösse so weit zu erhöhen, dass in der Zeiteinheit eine der normalen Stoffwechselfunction entsprechende Ausscheidung harnfähiger Stoffe ermöglicht werde.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

708. ***Epileptisches Aequivalent.*** *Ein gerichtlich-medicinischer Fall von* ***W. C. Krauss****, Buffalo, N.-Y. (The Journ. of nerv. and ment. disease. 1891. Juli. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1892. Juni.*

Ein 19jähriges, sehr schwer belastetes Mädchen hatte in der Jugend an typischen epileptischen Anfällen gelitten. Später traten an deren Stelle Anfälle von Petit mal, sowie eine Reihe von Stunden anhaltenden Dämmerzuständen. Als sie am 31. October 1890 direct nach der Menstruation einen Brief, worin sie ungerechter Weise des Diebstahls beschuldigt wurde, erhalten hatte, ging sie mit zwei Kindern, die sie sehr gern hatte, von Hause weg, schrieb

einen Brief an ihre Tante, worin sie Selbstmordgedanken äusserte, und ging dann in einen Kaufladen, um Butter zu kaufen. Hiernach ging sie mit den Kindern auf ein am Wasser stehendes Gerüst und warf dieselben von dort herab in's Wasser. Nachdem sie selbst alsdann bei ihrem Beichtvater vorgesprochen hatte, sprang sie gleichfalls in's Wasser. Gerettet und wegen Mordes angeklagt, will sie von allem Vorgefallenen seit der Zeit, wo sie den beleidigenden Brief erhielt, nichts wissen, mit einziger Ausnahme des Butterkaufs. Da die Angeklagte früher oft an länger dauernden Dämmerzuständen mit nachfolgender Amnesie gelitten hatte, so war es den Sachverständigen leicht, aus den näheren Umständen nachzuweisen, dass die Angeklagte auch bei Begehung des Verbrechens sich in einem solchen Zustande befunden habe. Einige Schwierigkeit machte es, den Richtern begreiflich zu machen, dass ein Kranker in einem Dämmerzustande auch einen richtigen Brief schreiben kann, wie ihn Angeklagte an ihre Tante schrieb.

709. ***Chemisch-bacteriologische Analyse einiger Wurstwaaren.*** *Von Dr.* ***Alessandro Serafini.*** *Ein Beitrag zum Studium der Nahrungsmittelconservirung. (Arch. f. Hygiene. Bd. XIII. Heft 2. — Therap. Monatsh. 1892. Juni.)*

Verf. fand bei seinen bacteriologischen Wurstuntersuchungen fast immer einen und denselben verflüssigenden Bacillus, welchen er genauer charakterisirte. Die Wachsthumsverhältnisse desselben auf den verschiedenen Culturböden, sowie die Impfversuche veranlassten ihn zur Annahme seiner Identität mit dem Bacillus mesentericus vulgatus *(Flügge)*. Pathogene Eigenschaften hat der Bacillus nicht. In Folge seines fast constanten Vorkommens vermuthete Verf., dass er von den Wurstdärmen und nicht von den Würsten selbst herrühre, und in der That konnte er bei 8 Untersuchungen von frischen Därmen in allen Fällen mit Plattenculturen isolirt werden. Ausser diesem fanden sich sowohl bei den frisch zu essenden Würsten, als auch bei denen, die noch nach langer Zeit geniessbar sind, noch Mikroorganismen verschiedener Art in beträchtlicher Anzahl vor, welche, wie anzunehmen ist, schon vor den Untersuchungen in dem Fleisch enthalten waren. Während dieselben in einigen Würsten in voller Activität waren und die Würste in wenigen Tagen zum Verderben brachten, befanden sie sich in den übrigen Würsten offenbar in einem latenten Zustande, so dass die an und für sich schon älteren Würste noch länger in unverdorbenem Zustande aufbewahrt werden konnten. Die Hauptursache der Erhaltung der Wurst ist das Trocknen. Letzteres darf aber nicht bis zu den äussersten Grenzen getrieben werden, da sich zeigt, dass starkes Austrocknen keine grössere Wirkung auf die Erhaltung der Fleischverderbniss hat, als ein in mittleren Grenzen gehaltenes, und es andererseits den Würsten hinsichtlich des guten Geschmackes und Nahrungswerthes viel Nachtheil bringt. Es empfiehlt sich eine Beschränkung des Trocknens auf einen Wassergehalt von 35—40%, welcher annähernd dem mittleren Wassergehalt von frischem Ochsenfleisch entspricht. Neben einer mässigen Austrocknung ist ein Zusatz von Kochsalz bis zu 5% geeignet, den Nährwerth der Würste zu verbessern. Vom Salpeter, welcher zur Conservirung der natürlichen Fleischfarbe zugesetzt

wird, hat Verf. selbst bei Zusatz von 5% weder antiseptische, noch die Farbe erhaltende Wirkungen beobachtet. Da dieser Stoff unter Umständen, zumal bei fortgesetztem Genusse, Schaden anrichten kann, wird seine gesetzliche Ausschliessung bei der Wurstbereitung befürwortet. Borsäure und Salicylsäure erscheinen für die Conservirung der Würste unnöthig, und für Borsäure wenigstens hat sich gezeigt, dass ihre Gegenwart im Fleische das Resultat der bacteriologischen Untersuchung nicht verändert. Da der gewöhnlich im Wurstfleisch auftretende Bacillus auch in den dazu verwandten Gedärmen vorkommt und vielleicht das Hauptagens für die Wurstveränderung ist, so wäre eine entsprechende Desinfection der Gedärme vor ihrer Verwendung anzurathen. Die Feststellung, dass die in der Wurst befindlichen Bacterien bei keiner Zubereitungsart ihre Entwicklungsfähigkeit verlieren, führt zu der Forderung, Fleisch von Thieren, welche an Infectionskrankheiten, insbesondere auch an Tuberculose, verendet sind, von der Wurstfabrication auszuschliessen.

710. ***Zur Chemie der Conservenindustrie.*** *Von* ***W. Reuss.*** *(Chem.-Ztg. XV. 1522 u. 1583. — Hygien. Rundschau. 1892. 8.)*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit der Fabrikanten, sowie des Publicums auf die Gummi-, Einlege- und Dichtungsringe der neueren Weissblechsalzdosen, welche in Folge der Schwierigkeiten, eine Innenverzinnung von höchstens 1% und 1 Loth von höchstens 10% Bleigehalt, wie es das 1889er Gesetz verlangt, herzustellen, die Löthdosen fast vollständig im Grossbetrieb verdrängt haben. Obwohl bei diesen Salzblechdosen die Conserven nur noch sehr wenig mit den Blechschnittflächen in Berührung kommen, wurde doch stets, und zwar besonders bei saueren Conserven, ein beträchtlicher Bleigehalt constatirt. Durch zahlreiche, sorgfältige Analysen wies nun Verf. nach, dass der Grund hierfür in dem bleihaltigen Materiale der Gummiringe, welche zum hermetischen Verschlusse der Salzdosen unentbehrlich sind, zu suchen sei. Die Asche der aus verschiedenen Fabriken stammenden Gummiringe zeigte 60—66% Gehalt an Mennige. Es ist Verf. gelungen, einen bleifreien Gummiring darzustellen und eine norddeutsche Fabrik für die Grossherstellung desselben zu interessiren.

711. ***Bleihaltige Metallkapseln zum Verschlusse von Weinflaschen.*** *Von* ***Alfred Bertschinger.*** *(Schweiz. Wochenschr. f. Pharm. 1891. 42. — Hygien. Rundschau. 1892. 7.)*

Die Metallkapsel von einer Flasche französischen Rothweins war an ihrer Innenfläche mit einer mehr als 1 Mm. dicken Schichte von Bleicarbonat bedeckt. Es konnten von dieser Verbindung mehr als 0·2 Grm. gesammelt werden. Das Metall der Kapsel selbst enthielt 92% Blei. Ob die Bildung von Bleiweiss in Folge eines Risses in der Kapsel und des dadurch ermöglichten Luftzutrittes oder durch Undichtigkeit des Pfropfens und Durchgang von Wein nach der Kapsel bewirkt worden war, konnte nachträglich nicht entschieden werden. Ein derartiges Vorkommen kann — wie Verf. meint — zu Gesundheitsschädigungen Veranlassung geben, wenn dieser Belag vor Einkorken der Flasche nicht sorgfältig entfernt, sondern beim Einschänken in das Trinkglas gespült wird. Verf. erwähnt ferner noch ein ähnliches Vorkommniss bei Thee, in

dem sich eine ganz erhebliche Menge von Bleicarbonat als grobes Pulver beigemischt vorfand. Wahrscheinlich stammte das Bleicarbonat von der Auskleidung der Theekiste mit Bleifolie her, aus der sich beim Aufbewahren an feuchter Luft wohl Bleicarbonat entwickeln kann.

712. ***Ueber Tuberculose als Folge von Traumen in gerichtlich-medicinischer Beziehung.*** *Von Dr.* **L. Sacher.** *(Friedreich's Bl. f. gerichtl. Med. 1891. 5. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 23.)*

Verf. sucht den Zusammenhang zwischen Tuberculose und Trauma nach dem heutigen Stande der Wissenschaft festzustellen. Dass subcutane Injection mit unreinen Instrumenten Ursache der Tuberculose werden könne, ist bekannt. Auch die Leichenwarzen, deren tuberculöse Natur *Karg* nachgewiesen hat, sind durch Traumen entstandene Affectionen. Das häufige Vorkommen der Phthisis pulmonum bei Anatomiedienern mit der Entstehung von Leichenwarzen in ursächlichen Zusammenhang zu bringen, dürfte nicht unbegründet bleiben. Oertliche Tuberculose kann auch nach Verletzungen mit Gegenständen auftreten, welche zur Aufbewahrung phthisischer Sputa dienten. Im Anschlusse an den Biss eines phthisischen Mannes wurde bei einer 44jährigen, hereditär nicht belasteten Frau localisirte Tuberculose an der Bissstelle, der Oberlippe, beobachtet. In Folge ritueller Beschneidung wurde nicht blos locale, sondern auch allgemeine Tuberculose beobachtet. Von Wunden ausgehende tuberculöse Infection ist sicher constatirt worden. Abweichend von anderen Autoren behauptet *Feolatistow,* dass die nach äusseren Wunden sich entwickelnde Tuberculose des Bindegewebes nicht durch Infection von aussen entstehe, sondern primär sei. Geringgradige Verletzungen, wie Kratzeffecte etc , genügen, um gesunde Individuen tuberculös zu machen. Auffallend ist es, dass Fälle von tuberculöser Infection nach grösseren Wunden nicht bekannt sind. Auch ohne äussere Verletzung, durch einfache Contusion können erwiesenermassen fast alle Organe des Körpers tuberculös werden. So sind mehrere Fälle in der Literatur niedergelegt, wo ein Zusammenhang zwischen einem Schlag etc., ohne sichtbare Verletzung der Haut und der Schleimhäute und Meningitis tuberculosa erwiesen ist. Hämoptoe kann unmittelbar nach einem Trauma oder auch nach mehreren Tagen eintreten. „Die Frage, ob Tuberculose durch Trauma entstehen könne — schliesst Verf. —, muss im bejahenden Sinne beantwortet werden.“ In foro wird man sich gegebenen Falles dahin erklären müssen, dass gefundene Verletzungen ihrer Beschaffenheit nach ungefährlich seien, „dass sie aber in Folge der durch sie bedingten Gewebs- und Circulationsveränderungen eine Eingangspforte für eine erfolgreiche Tuberkelbacilleninvasion geschaffen haben“. Wenn jedoch ohne sichtbare Verletzung eine Lungenphthise auf ein Trauma zurückgeführt werden soll, wird sich der gerichtliche Experte begnügen müssen, ähnliche Fälle aus der Literatur nachzuweisen, einen ursächlichen Zusammenhang jedoch annehmen, wenn es stricte nachgewiesen werden kann, dass erst vom Zeitpunkte des Traumas an jene Erscheinungen aufgetreten sind, welche zur Symptomatologie der Phthise gehören.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

713. *Glaucom und Sehnervenleiden.*

Von Prof. **C. Schweigger,** *Berlin.*

(*Archiv f. Augenheilk. 1891, XXIII, pag. 203.*)

„Bei Glaucom dürfen wir mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit darauf rechnen, dass durch die Iridectomie die glaucomatöse Erkrankung beseitigt wird, aber Ausnahmen von dieser Regel kommen vor, wenn auch glücklicher Weise sehr selten."

Dieser Ausspruch Verf.'s scheint in Widerspruch zu stehen mit den häufigen traurigen Erfahrungen, welche man mit der Iridectomie bei Glaucoma simplex gemacht hat. Dieser Widerspruch erklärt sich aber nach Verf.'s Meinung dadurch, dass man das Wort Glaucom für zahlreiche Erkrankungen benützt, welche diesen Namen nicht verdienen. Man hat, *v. Gräfe's* ursprüngliche Ansichten verlassend, das Glaucoma simplex als Grundform aufgestellt, die „typische" Sehnervenexcavation zur Hauptsache gemacht, und einen erhöhten intraoculären Druck auch dort angenommen, wo man ihn nicht fühlte, oder ihn zu fühlen geglaubt, wo man ihn fühlen wollte, auch wenn er nicht vorhanden war.

Physiologische Excavationen, die stets auf beiden Augen vorhanden sind, haben häufig eine solche Flächenausdehnung, dass sie mehr als die Hälfte der Papillenoberfläche einnehmen und hat dabei die Lamina cribrosa eine tiefere Lage als gewöhnlich, so schmiegen sich die aus der Mitte des Sehnervenstammes austretenden Nervenfasern, sowie die Gefässe der Wandung der physiologischen Excavation an und erst am Sehnervenrande erfolgt ihre rechtwinkelige Umbiegung. Sehen wir den Durchmesser des Sehnerven gleich 1·5 Cm., so beträgt die Dicke der Nervenfaserschicht am Rande der Excavation nur etwa ein Achtel des Sehnervendurchmessers und im Augenspiegelbild fällt der Excavationsrand mit dem Sehnervenrande fast vollständig zusammen. Verliert dann im Alter die Netzhaut etwas an Glanz und Durchsichtigkeit, so wird die Aehnlichkeit mit Druckexcavation noch grösser und manches Auge wurde wegen einer solchen Excavation von berühmten Augenärzten iridectomirt. Besondere Schwierigkeiten bietet die Diagnose, wenn zu präexistirender physiologischer Excavation ein atrophisches Sehnervenleiden hinzutritt, da die durch Atrophie bedingte helle Färbung einen wesentlichen Zug im Bilde der Druckexcavation bildet und in Folge der Atrophie die Excavationswand ganz mit der Lateralgrenze zusammenfallen kann. Ein typisches Bild der Druckexcavation gibt es überhaupt nicht. Das sogenannte Glaucoma simplex setzt sich aus zwei Gruppen zusammen, dem wirklichen Glaucom ohne auffällige Entzündungserscheinungen und der präexistirenden physiologischen Excavation mit irgend einem atrophischen Sehnervenleiden.

Findet sich auf dem einen Auge eine deutliche Excavation, auf dem anderen aber ein in gewöhnlicher Weise flacher Sehnerv,

so handelt es sich sicher um ein Glaucom, denn ein flacher Sehnerv wird nur durch Glaucom excavirt. Ist auf beiden Augen Excavation vorhanden, ist die Entscheidung schwieriger, weil auch das Bild der Atrophie sehr verschiedenen Erkrankungen entspricht. Secundäre atrophische Degeneration kann hervorgerufen werden durch alle Erkrankungen, welche in der Retina oder im Sehnerven die Leitung unterbrechen, z. B. Chorioiditis, Netzhautblutung, Neuroretinitis und retrobulbäre Neuritis, Embolie der Retina u. s. w. Näher als bei dieser liegen Verwechslungen mit Glaucom bei primärer Sehnervenatrophie, und zwar nicht so sehr bei der spinalen Form, die ein ausgeprägtes klinisches Bild bietet, als bei der selteneren Form, die unabhängig von Erkrankungen des centralen Nervensystemes auftritt, natürlich bei präexistirender physiologischer Excavation.

Von den Einzelerscheinungen des Glaucoms ist eine der häufigsten und ersten das Nebel- und Regenbogensehen. Aber über Nebelsehen klagen fast alle Patienten mit Schwachsichtigkeit und das Regenbogensehen bedeutet nicht immer Glaucom, es kommt ebenso bei Iritis mit leichten Hornhautentzündungen, aber auch bei schleimsecernirenden Bindehautentzündungen vor. Die Hornhauttrübung bei Glaucom kommt in gleicher Weise bei Iritis und Iridochorioiditis vor.

Eine andere wichtige Erscheinung ist das Verhalten der Pupille. Es kann aber Glaucom zu Erblindung führen, ohne dass die Beweglichkeit der Iris beeinträchtigt ist. Von grösster diagnostischer Bedeutung ist die Erweiterung der Pupille bei Glaucomanfällen mit entzündlichen Erscheinungen. Findet man bei einem Anfalle die Pupille erweitert, so ist auch stets Hornhauttrübung vorhanden und auch Drucksteigerung, wenn sie nicht etwa bereits vorübergegangen ist. Ausnahmsweise kommt es vor, dass die Pupille erweitert ist, aber rund und vollkommen beweglich. Finden wir bei Glaucom die Pupille weit und starr, sind sicher auch starke Anfälle von Drucksteigerung vorhanden gewesen. Aus ihr allein kann man aber nicht auf Glaucom schliessen; Verf. hat Fälle gesehen, wo man Atrophie gerade wegen der jedenfalls central bedingten Pupillenstarre als Glaucom aufgefasst hatte.

Ebenso verhält es sich mit der Verengerung der vorderen Kammer, die keinen erheblichen diagnostischen Werth hat und eine rasche Steigerung des intraoculären Druckes mit Entzündungserscheinungen voraussetzt.

Der Arterienpuls hat seinen Grund in einem Missverhältniss zwischen dem Seitendruck in der Arteria centralis und dem Glaskörperdruck. Meist liegt die Ursache in einer Steigerung des intraoculären Druckes, aber nicht immer, denn es kann der arterielle Druck so weit sinken, dass schon der normale intraoculäre Druck den Arterienpuls bedingt. Verf. hält es also für bedenklich, auf den Arterienpuls allein die Diagnose Glaucom zu stellen.

Die wesentlichste Veränderung, die Glaucom mit sich bringt, betrifft den Sehnerven, doch ist eine richtige Würdigung der klinischen Bedeutung einer Druckexcavation nur möglich unter Berücksichtigung der vorherigen Form des intraoculären Sehnervenendes. Hervorgehoben muss werden, dass Glaucom Gesichtsfeld-

defecte verursachen und auch zur Erblindung führen kann ohne Excavation. Würde in solchen Fällen, von denen Verf. einige Beispiele aufführt, vorher eine physiologische Excavation bestanden haben, so wäre eine deutliche Druckexcavation vorhanden gewesen. wäre aber doch nicht die Erblindungsursache gewesen, da sich in diesen Fällen der Verlust des Sehvermögens nur durch eine Drucklähmung des Sehnerven und der Retina erklären lässt, die natürlich eine starke Drucksteigerung voraussetzt und daher nur bei heftigen Glaucomfällen zu Stande kommt. In langsamer verlaufenden Fällen entwickelt sich die Excavation allmälig, und zwar fängt die Aushöhlung naturgemäss immer dort an, wo bereits eine physiologische Vertiefung vorhanden war, nämlich in der Mitte. Verf. hat Fälle gesehen, in welchen ein früher nicht excavirter Sehnerv nach operativer Heilung des Glaucoms eine Excavation zeigte, welche den Sehnervenrand nirgends erreichte. Das Augenspiegelbild der physiologischen Excavation kann also durch Glaucom entstehen. Kleine physiologische Excavationen, welche etwa ein Drittel der Sehnervenoberfläche einnehmen, sind sehr häufig und natürlich, je grösser die physiologische Excavation ist, desto eher erreicht eine dabei zu Stande gekommene Druckexcavation die Sehnervengrenze. Alles das beweist, dass für die Diagnose das Hauptgewicht auch nicht auf ein vereinzeltes Symptom gelegt werden darf, sondern dass der gesammte klinische Befund berücksichtigt werden muss. Eine wirkliche Druckexcavation, welche sich dadurch entwickelt, dass die Lamina cribrosa allmälig nach hinten gedrückt wird, hat stets Leitungsunterbrechung der Sehnervenfasern zur Folge, welche sich ophthalmoskopisch durch die Entfärbung des Excavationsgrundes, functionell durch den Gesichtsfelddefect, der in der medialen Gesichtsfeldhälfte zu beginnen pflegt, zu erkennen gibt. Diagnostisch wichtig ist es, dass jede wirkliche Druckexcavation auch Gesichtsfelddefect bedingen muss, und dass demnach Excavationen, auch wenn sie den Sehnervenrand erreichen, bei freiem Gesichtsfeld nicht als Druckexcavation anerkannt werden können.

Der Halo glaucomatosus kann bei Druckexcavation fehlen, oder ohne Glaucom vorhanden sein, entbehrt also einer diagnostischen Bedeutung.

Sicher zu Glaucom müssen aus der Reihe der als Glaucoma simplex bezeichneten Fälle diejenigen gerechnet werden, wo eine einseitige tiefe Excavation vorhanden ist, da physiologische Excavationen stets beiderseits vorkommen. Ferner muss man annehmen, dass bei Glaucom die Drucksteigerung stets anfallsweise auftritt und in der Regel anfänglich wieder rückgängig wird, dass also ein Wechsel der Erscheinungen zu beobachten ist; ob diese anfallsweisen Drucksteigerungen mit entzündlichen Erscheinungen verbunden sind, beruht auf individuellen Verschiedenheiten, wie wir dies bei verschiedenen Augenentzündungen, z. B. bei Iritis, beobachten können.

Eine langsame und ununterbrochene Entwicklung der Erblindung spricht für progressive Sehnervenatrophie mit präexistirender physiologischer Excavation. Die Diagnose kann aber sehr schwierig sein, da auch bei Atrophie die Gesichtsfeldeinschränkung

von der Nasenseite her beginnen kann, und weil der bei Glaucom normale Farbensinn auch bei Sehnervenleiden normal sein kann. Auch beiderseits erhöhter Tonus ist nicht beweisend, da die physiologische, tastbare Härte des Auges zu grosse individuelle Verschiedenheiten zeigen kann. Zeigt nur das eine Auge deutliche Härte, spricht das allerdings für Glaucom. Das einzige Hilfsmittel der Diagnose liegt in andauernder Beobachtung. *v. Reuss.*

Literatur.

714. ***Allgemeine Chirurgie und Operationslehre.*** *Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte von Dr. med.* **Arno Krüche,** *prakt. Arzt und Besitzer der physikalischen Heilanstalt zu München. Fünfte Auflage. Mit 32 Abbildungen. Leipzig, Verlag von Ambr. Abel (Arthur Meiner), 1892. X und 496 S. kl. 8⁰.*

Das vorliegende Compendium, nunmehr in der fünften Auflage erscheinend, verdankt seine grosse Verbreitung unter Examinanden und Praktikern nicht nur der kurzen und klaren Darstellung der Grundlehren der chirurgischen Pathologie, Therapie und Operationslehre, welche es enthält, sondern auch dem Umstande, dass der Verf., in der Auffassung der Krankheitsprocesse und in der Begründung der therapeutischen Behelfe den Fortschritten der modernen Chirurgie durchgehends Rechnung tragend, zugleich auch die historische Entwicklung der Anschauungen mittheilt. Einzelne Stichproben überzeugten uns, dass Verf. selbst, soweit es der Umfang des Buches gestattet, den jüngsten Errungenschaften der Chirurgie Rechnung trägt. —z.

715. ***Lehrbuch der Geburtshilfe für Aerzte und Studirende.*** *Von Dr.* **Paul Zweifel,** *o. Professor und Director der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik der Universität Leipzig. Dritte, vielfach umgearbeitete Auflage. Mit 247 Holzschnitten und 3 Farbendrucktafeln. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892. XVI und 842 S. gr. 8⁰.*

Die nach kurzer Frist von 3 Jahren der zweiten Auflage folgende dritte wurde entsprechend den neuesten Fortschritten der Geburtshilfe in einzelnen Capiteln, namentlich in jenen über Geburtsmechanismus, über Fehlgeburt, über Extrauteringravidität und die Beckenlehre gänzlich umgearbeitet. Es muss aber auch als ganz besondere didactische Sorgfalt des Verf.'s hervorgehoben werden, dass für die dritte Auflage des mit ungetheilter Anerkennung aufgenommenen Werkes fast sämmtliche Zeichnungen der geburtshilflichen Operationen (und zwar von Herrn *Bruno Keilitz*) neu ausgeführt und in gleichmässiger Grösse geschnitten wurden. Eine ebenfalls didactischen Zwecken dienende Eigenthümlichkeit des vorliegenden Lehrbuches sind die jedem grösseren Capitel beigegebenen „Inhaltsübersichten", welche, in kurze Sätze gefasst, eine rasche Orientirung über die Grundsätze der Wissenschaft und Technik darbieten „und doch wegen ihrer Verbindung mit dem ausführlich begründenden Text keine Missverständnisse aufkommen lassen". Will man vor Ausführung einer geburtshilflichen Operation rasch die einzelnen Momente derselben recapituliren, so bieten hierfür die Inhaltsübersichten gewiss das beste Hilfsmittel. Wir verweisen diesbezüglich auf die 14 Punkte der „Inhaltsübersicht", welche Regeln der typischen und atypischen Zangenoperation enthalten. Eine eigene Numerirung dieser

Uebersichten im Inhaltsverzeichniss erleichtert deren Auffindung. So wird das Werk auch in dieser neuen Form seine Aufgabe erfüllen, für das so wichtige Fach der Geburtshilfe den Studirenden heranzubilden und den praktischen Arzt in demselben zu berathen und sicher zu leiten. —*e.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

716. ***Ueber die chirurgische Bedeutung der neuen Feuerwaffen.*** *Von Prof.* **Paul Bruns**, *Tübingen. Nach dem Vortrag, gehalten am XXI. Congr. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie. 1892. (Allg. med. Central-Ztg. 1892. 53.)*

Das chirurgische Studium hat mit den Fortschritten in der Technik der Kriegswaffe gleichen Schritt zu halten. Da die Geschosse aus grobem Geschütz voraussichtlich keine anderen Verletzungen setzen werden, als früher, so beschränkt sich die Aufgabe auf die Handfeuerwaffen. Hier ist Alles geändert. Wir haben ein neues Gewehr, ein neues Pulver und ein neues Geschoss. Die wichtigste Aenderung besteht in der Herabsetzung des Calibers, das in dem neuen kleincalibrigen Gewehr bis auf 7·5—8 Mm. gefallen ist. Das Gewicht der Geschosse ist entsprechend von 50 Grm. auf 15 Grm. gesunken. Hiermit wird durch Erhöhung der Anfangsgeschwindigkeit eine gestrecktere Flugbahn, grössere Treffsicherheit und Tragweite erzielt. Zu der Erhöhung der Geschwindigkeit trägt auch das neue Pulver bei; dieselbe ist von 400 auf 600 M. und die Tragweite bis auf 4000 M. gesteigert. Zur Verminderung des Luftwiderstandes ist das neue Gewehr endlich langgestreckt, viermal so lang als breit, und die Zahl der Umdrehung pro Secunde von 800 auf 2500 erhöht, und zur Sicherung der Haltbarkeit ist deshalb der Bleikern der Geschosse von einem Mantel aus Stahl oder Kupfer umgeben. Das ist der Charakter sämmtlicher neuen Modelle, des Lebel-, Mannlicher- und Mauser-Gewehres.

Um die Wirkung des neuen Gewehres auf den menschlichen Körper zu ergründen, hat Vortr. eine Reihe von Versuchen bezüglich ihrer Wirkung auf einfache Materialien, wie Holz, Eisen und Wasser, angestellt. Er hat hierbei folgende Resultate erlangt: Erstens ist die Durchschlagskraft der neuen Geschosse enorm gesteigert, in einer Entfernung von 1800 M. durchschlagen sie noch ein zweizölliges Holzbrett, auf 1000 Schritt Entfernung Eisenplatten von 2 Mm. Dicke, was, nebenbei bemerkt, die Werthlosigkeit metallener Armaturstücke darthut. Neben der gesteigerten Durchschlagkraft geht eine verminderte Erschütterung des Zieles einher. Denn da die Geschwindigkeit der Geschosse grösser, ihre Masse kleiner geworden ist, beschränkt sich ihre Wirkung mehr auf die unmittelbar getroffene Stelle, ohne die Nachbarschaft in grosser Ausdehnung zu erschüttern. Ferner ist die Beschaffenheit des Schusscanals verändert. Er ist in den Holzzielen gleichmässig cylindrisch, seine Lichtung erreicht knapp das Geschosscaliber, während bei den im Innern des Zieles breitgeschlagenen Bleigeschossen der Canal sich kegelförmig erweitert, bis zum Vierfachen des Calibers. Was die Sprengkraft der neuen Geschosse anbetrifft, die sich bei flüssigen Zielen als hydraulische Pressung äussert, so haben die Versuche des Vortr. mit Schüssen in Wasser bei Benutzung eines Manometers ergeben, dass die Druckwirkung bei Nahschüssen aus den alten und neuen Waffen überhaupt

viel grösser ist, als man bisher annahm — der Druck überstieg bei der gewählten Versuchsanordnung 15 Atmosphären —, wie ja dem entsprechend der Widerstand des Wassers erstaunlich gross ist. Denn die Geschosse, die in der Luft 4000 M. zurücklegen, dringen im Wasser kaum 2—3 M. vor. Die grössere Geschwindigkeit der neuen Geschosse liess eine verstärkte Druckwirkung erwarten — in der That ist aber die Sprengwirkung vermindert, insbesondere bei Nahschüssen, bei denen sich das Bleigeschoss auch im Wasser pilzförmig staucht, während das Mantelgeschoss sich nicht verändert. Die grössere Geschwindigkeit, welche die Sprengkraft steigert, wird also durch das kleinere Caliber und die geringe Deformirbarkeit der neuen Geschosse mehr als ausgeglichen.

Vortr. hat ferner mit menschlichen Leichen Schiessversuche angestellt und ist dabei zu folgenden Resultaten gekommen: Er unterscheidet 3 Zonen der Geschosswirkung. Die erste Zone ist die der Schüsse auf nahe Entfernungen (bis zu 400 M.). Es ist die Zone der explosiven Wirkung, deren furchtbare Effecte im Vergleich zu den früheren Bleigeschossen entschieden beschränkt sind. Der Schusscanal in den Muskeln entspricht etwa dem Geschosscaliber und zeigt keine stärkere Zertrümmerung der Wandung und keine auffallende trichterförmige Erweiterung des Ausschusses. Von den inneren Organen fehlen bei den Lungenschüssen gleichfalls ausgesprochene Erscheinungen der Explosivwirkung, ebenso bei Schüssen durch leere Darmtheile; dagegen bewirken Schüsse aus unmittelbarer Nähe durch Leber, Milz und Nieren oft ausgedehnte Berstungen und Zerreissungen und solche durch den gefüllten Magen und Darm innerhalb der ganzen Zone deutliche Platzwunden. Bei den Schussverletzungen der Knochen tritt die Sprengwirkung deutlich zu Tage, ist jedoch gegenüber den Bleigeschossen bedeutend abgeschwächt. Während an den platten Knochen Lochschüsse mit oder ohne Splitter und Fissuren zu Stande kommen, entstehen an den Röhrenknochen immer ohne Ausnahme ausgedehnte Splitterbrüche, welche sich bis auf den dritten Theil des Knochens erstrecken. Dabei können sogar bei Splitterbrüchen der grössten Röhrenknochen ab und zu winzige Hautwunden von 6—10 Mm. Durchmesser vorhanden sein. Die stärkste Sprengwirkung zeigen endlich die Nahschüsse auf den Schädel, welche denselben nach allen Richtungen zertrümmern.

Die zweite Zone ist die der Schüsse auf mittlere Entfernungen (400—800 M.). Hier fehlen die Erscheinungen der Explosivwirkung, die nur bei Schädelschüssen noch hervortreten. Den Bleigeschossen gegenüber zeigen die Verletzungen durch die Mantelgeschosse selbst bei den Knochenschüssen einen günstigen Charakter. An den spongiösen Knochen und den Gelenkenden der Röhrenknochen sind die Splitter und Fissuren beschränkter und es treten Loch- und Rinnenschüsse ohne Aufhebung der Continuität häufiger auf.

Die dritte Zone ist die der Schüsse auf weite Entfernungen (800—1200 M.), deren Wunden den veränderten Charakter der modernen Geschosse am meisten in den durch sie bewirkten reinen Defecten mit engen, glatten Schusscanälen hervortreten lassen. Ein- und Ausschuss mit ihren geringen Dimensionen von 5 und 6—7 Mm. Durchmesser sind oft sehr wenig bemerkbar. Was die Knochenschüsse anlangt, so zeigen die spongiösen Knochen und Gelenkenden der Röhrenknochen Rinnen- und Lochschüsse mit kleineren Splittern und Fissuren, ausnahmsweise sogar ganz reine Lochschüsse. Auch an dem Mittelstück der Röhren-

knochen kommen jetzt hier und da Rinnen- und sogar Lochschüsse vor, welche bisher an den Diaphysen überhaupt nicht beobachtet wurden. Jenseits dieser Zone, also auf Entfernungen von 1200—2000 M., verlieren nach den Versuchen von *Delorme* und *Habart* die Knochenverletzungen wieder einen Theil ihres gutartigen Charakters und sind mit stärkerer Splitterung verbunden als bei den früheren Geschossen, deren lebendige Kraft in dieser Zone im Erlöschen war. Im Contact mit dem menschlichen Körper erleiden im Gegensatz zu den früheren Bleigeschossen, die sogar beim Auftreffen auf Weichtheile deformirt werden, die Stahlmantelgeschosse durch Weichtheile, platte und schwammige Knochen niemals eine Formveränderung. Nur bei Nahschüssen auf das Mittelstück der langen Röhrenknochen und den Unterkiefer kommt es zur Stauchung und Verbiegung der Spitze, manchmal auch zur Einreissung und Zerreissung des vorderen Theiles des Mantels; ganz ausnahmsweise steift sich der Stahlmantel ab, so dass dann der Bleikern in Trümmer zerschellt. Ein Steckenbleiben des Geschosses im Körper wurde bei Schüssen bis zu 1200 M. in keinem Versuche beobachtet.

Andere, mit eingedrungene Fremdkörper werden nicht so selten in der Wunde zurückgelassen. Es sind besonders Fetzen der Kleidungsstücke, die vorzugsweise an Stellen von Knochendurchbohrungen liegen bleiben.

Ganz anders verhalten sich natürlich die Geschosse, welche, ehe sie den Körper treffen, durch Schutzwehren hindurchgegangen oder auf Steine, Mauern u. dergl. aufgeschlagen und abgeprallt sind. Dann erzeugen die verborgenen und zerrissenen Splitter des Stahlmantels und die Bleistücke die unregelmässigsten Wunden und bleiben oft in den zerfetzten Geweben stecken.

Fasst man die Resultate zusammen, so hat sich die Befürchtung, dass die furchtbar schweren Nahschüsse noch schwerer werden, nicht bestätigt. Dennoch ist die Bedeutung der Nahschüsse nicht zu unterschätzen.

Die Fernschüsse dagegen erzeugen in den Weichtheilen reine Defecte, in den Knochen, wenigstens mit Ausnahme der weitesten Entfernungen, begrenzte Splitterung und zum Theil einfache Durchbohrungen, wie sie früher nicht vorgekommen sind. Die Schusscanäle sind enger und glatter, die Ein- und Ausschussöffnungen in der Haut so klein, dass sie sich weit mehr den subcutanen Verletzungen nähern.

Diese Vortheile sind von grösster Bedeutung, wenn man erwägt, wie gross die Zahl dieser Fernschusswunden durch die weittragenden Gewehre sein wird. Allein, wo so viel Licht ist, da ist auch Schatten. In Folge ihrer enormen Durchschlagskraft vermögen die Mantelgeschosse innerhalb viel grösserer Distanzen die Widerstände des menschlichen Körpers zu überwinden und lebensgefährliche oder unmittelbar tödtliche Eingeweideverletzungen zu erzeugen. Wo auf sehr grosse Entfernungen die Bleigeschosse nur mehr oder weniger tief in den Körper eindringen, schlagen die Mantelgeschosse noch regelmässig hindurch und treffen somit öfter mehrere Organe und lebenswichtige Theile, was besonders bei den Unterleibswunden verhängnissvoll ist. Die Zone der tödtlichen Schüsse reicht also annähernd so weit wie die Tragweite der Waffe, also 3 bis 4000 M.! Was die Gefahr der Verblutung anbetrifft, so dürften die hier in Betracht kommenden Factoren bei altem und neuem Geschoss ziemlich die Waage halten. Die Zahl der Verwundeten wird nach allgemeiner Ansicht jedenfalls zunehmen.

Vortr. wendet sich nun zu der praktischen Seite des Gegenstandes, nämlich zu der Frage, welchen Einfluss die neuen Waffen auf den Heilungsverlauf und die Behandlung der Schusswunden voraussichtlich haben werden. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass die schrittweise Herabsetzung des Geschosscalibers den Schusswunden im Allgemeinen einen weniger schweren Charakter gegeben hat und dass diese viel häufiger als früher auf dem raschen Wege fast ohne Eiterung zur Heilung gelangten. Dazu kommt, dass in Zukunft die Schusswunden den Schutz der Antiseptik geniessen. Die primäre Antiseptik ist im Felde nur in Form der antiseptischen Occlusion durchzuführen, gerade für diese sind aber annähernd subcutane Verletzungen am meisten geeignet. Nur selten werden die Geschosse in den Wunden zurückbleiben, und daher die Sondirungen, Kugelextractionen und dergleichen Eingriffe wegfallen, welche die Schusswunden am meisten der Gefahr der Infection aussetzen. Als Beweis für die günstigere Beschaffenheit der Wunden sei besonders die Thatsache aus dem jüngsten chilenischen Bürgerkriege angeführt, dass in einem Hospital von 2000 Verwundeten, 300 als noch nicht transportfähig zurückgeblieben waren, welche sämmtlich Schüsse aus dem älteren Gewehr erhalten hatten, während alle mit dem Mannlicher-Gewehr Verwundeten geheilt oder überführt worden waren. In Bezug auf die Schwere der Verwundungen wird von den ärztlichen Beobachtern dieses Krieges die Einführung der kleincalibrigen Waffen als ein wirklicher Gewinn im Sinne der Humanität bezeichnet, wie die Beobachtungen bei der Mehrzahl der Verwundeten gelehrt haben. Die erste Wundversorgung, welcher der schwerste Theil zufällt, muss den Schutz des antiseptischen Verbandes nicht nur möglichst vielen Verwundeten zuwenden, sondern auch möglichst frühzeitig, also weit vorwärts nach der Feuerlinie zu. Leider ist man wegen der enormen Tragweite der neuen Waffen auch genöthigt, den Verbandplatz viel weiter als bisher hinter die Feuerlinie zu verlegen. Als Ausgleich für die dadurch gesetzte Verzögerung bleiben die Wunden wegen der geringen Ausdehnung der verletzten Hautstellen länger aseptisch, wodurch der erste Wundverband durch Laienhände mittelst des Verbandpäckchens entbehrlich wird. Die eigentliche ärztliche Thätigkeit beginnt auf dem Verbandplatze. Die Arbeit wird hier mit der Menge der Verwundeten zunehmen, dafür aber in mancher Hinsicht Erleichterungen erfahren. Schon die Diagnose ist dadurch etwas vereinfacht, dass das Geschoss innerhalb des Körpers keine Ablenkung erfährt, sondern gerade hindurchdringt, so dass der Schusscanal stets die geradlinige Verbindung des Ein- und Ausschusses bildet und hieraus leichter auf das verletzte Organ und den Charakter der Schusswunde geschlossen werden kann.

Kleine Mittheilungen.

717. *Behandlung, Zubereitung und Nutzen des Thees.*

Man nehme eine Kanne aus Porzellan oder Thon, erwärme sie durch Ausspülen mit heissem Wasser, thue dann die Theeblätter hinein (etwa einen gestrichenen Theelöffel voll für jede grosse Tasse) und giesse vorerst nur so viel kochendes Wasser nach, als Tassen nothwendig sind, und schreite nach weiteren 2 Minuten zum Einschenken in die Tassen — oder aber wenn der Thee nicht sofort getrunken werden soll, so giesse man ihn in eine besondere Kanne, woraus man servirt. Von einem zweiten Aufguss darf man kein Getränk von hohen Eigenschaften erwarten. Aus Gründen übel angebrachter Sparsamkeit möglichst wenig Theeblätter zu nehmen und dieselben recht lange der Wirkung des heissen Wassers auszusetzen, ist durch-

aus falsch. Denn wenn man bedenkt, dass man aus 1 Kgrm. Thee 800 Tassen feinen, kräftigen Getränkes zubereiten kann, so ergibt sich schon daraus, dass Thee überhaupt, selbst wenn er kräftig zubereitet wird, das billigste Getränk ist.
(Budapest. hygien. Ztg. 1892. 3.)

718. Gegen ***Cystitis*** bei Frauen empfiehlt sich die Einführung eines Wattetampons, welchen man mit folgender Salbe umgibt:
Rp. *Lanolini camphorati 30·0,*
Extract. Belladonnae 2·0.
(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 21.)

719. Gegen ***chronische Prostatitis*** empfiehlt **Oberländer** (Med. Rev. 1892. 21. Juni. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 53)
Rp. *Jodoform 0·5—1·0,*
Ol. amygdal. dulc. ad solut.,
Ol. theombrom. q. s. ut f.
Supposit. Nr. X.
S. Alle Abend nach dem Stuhlgang einzuführen.

720. ***Gurgelwasser bei Diphtherie*** von **Florain.**
Sol. satur.,
Zinci chlorati,
Pulv. chin. flav. aa. 10·0.
Mellis q. s. ut f. pasta (von der Consistenz des Johannisbeergelées).
S. Aeusserlich.
Diese Masse wird in den Rachen mit einem Pinsel eingeführt; man bestreicht denselben 3—4mal, eventuell alle 2 Stunden. Schmerz ist gering, Application bequem.
(Sem. méd. XII. 22. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 47.)

721. ***Ueber den Einfluss der ultravioletten Strahlen des Lichtes auf die vorderen Medien des Auges.*** *Von Dr.* ***J. Widmark.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 17. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 15.)*

Die durch das elektrische Bogenlicht hervorgerufene, der Schneeblindheit ähnliche Augenerkrankung wurde früher auf Netzhauterkrankung zurückgeführt. *Terrier* war der Erste, der diese Erkrankung auf Störung in den vorderen Medien des Auges zurückführte, und Verf. hat durch mehrfache Experimente nachgewiesen, dass die ultravioletten Strahlen an den vorderen Augenmedien eine Reizung hervorrufen, welche catarrhalische Symptome an der Conjunctiva palpebralis, Injection und Chemosis an der Conjunctiva oculi, Epithelabhebung und Trübung an der Hornhaut, sowie Pupillenverengerung und Verfärbung der Iris bedingt.

---

65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte. Nürnberg, 12. bis 15. September 1892.

Allgemeine Tagesordnung.

Sonntag, den 11. September. Abends 8 Uhr: Begrüssung in den oberen Räumen der „Gesellschaft Museum" (mit Damen).

Montag, den 12. September, Morgens 9 Uhr: I. Allgemeine Sitzung in der Turnhalle des Turnvereins. 1. Eröffnung der Versammlung; Begrüssungen und Ansprachen; Mittheilungen zur Geschäftsordnung. 2. Vortrag des Herrn Geh. Rath Professor *Dr. His* (Leipzig): Ueber den Aufbau unseres Nervensystems. 3. Vortrag des Herrn Geh. Rath Professor *Dr. Pfeffer* (Leipzig): Ueber Sensibilität der Pflanzen. 4. Vortrag des Herrn Geh. Rath Professor *Dr. Hensen* (Kiel): Mittheilung einiger Ergebnisse der Plankton-Expedition der Humboldt-Stiftung. Nachmittags 3 Uhr: Bildung und Eröffnung der Abtheilungen. Abends 8 Uhr: Gesellige Vereinigung in der „Restauration des Stadtparkes" (Einladung der Stadt Nürnberg).

Dienstag, den 13. September. Sitzungen der Abtheilungen. Nachmittags 2 Uhr: Ausflüge der verschiedenen Abtheilungen: *a)* Nach Erlangen. *b)* Nach der Krottenser Höhle. *c)* Nach der Hubrig bei Pommelsbrunn. Abends 8 Uhr: Zusammenkunft in den Räumen der „Gesellschaft Museum".

Mittwoch, den 14. September, Abends 9 Uhr: II. Allgemeine Sitzung in der Turnhalle. 1. Vortrag des Herrn Geh. Rath Professor *Dr. v. Helmholtz,* Excellenz: Ueber dauernde Bewegungsformen und scheinbare Substanzen. 2. Vortrag des Herrn Professor *Dr. Strümpell* (Erlangen): Ueber die Alkoholfrage. 3. Vortrag des Herrn Professor *Dr. Ziegler* (Freiburg): Ueber das Wesen und die Bedeutung der Ent-

zündung. 4. Geschäftssitzung der Gesellschaft. Nachmittags 5 Uhr: Festmahl im „Gasthof zum Strauss".

Donnerstag, den 15. September. Sitzungen der Abtheilungen: Abends 8 Uhr: Festball im „Gasthof zum Strauss".

Freitag, den 16. September, Morgens 9 Uhr: III. Allgemeine Sitzung. 1. Vortrag des Herrn Professor *Dr. Günther* (München): Die vulcanischen Erscheinungen nach der physikalischen und geographischen Seite betrachtet. 2. Vortrag des Herrn Professor *Dr. Hüppe* (Prag): Ueber die Aetiologie der Infectionskrankheiten und ihre Beziehungen zur Entwicklung des Causalproblems. 3. Schluss der Versammlung. Nachmittags 3 Uhr: Besichtigung hervorragender Etablissements der specifischen Nürnberg-Fürther Industrie. Abends 8 Uhr: Gesellige Vereinigung im festlich beleuchteten Park der „Rosenaugesellschaft".

Samstag, den 17. September, Morgens: Ausflug nach Rothenburg zum „Festspiel" daselbst.

Bei Choleragefahr kann man bekanntlich in Bezug auf die Beschaffenheit des zum Trinken benützten Wassers nicht vorsichtig genug sein. Unter allen Umständen empfehlenswerth ist jedoch ein reiner natürlicher Sauerbrunn, wie z. B. Mattoni's Giesshübler es ist, welcher sich schon in wiederholten Fällen während verschiedener Epidemien als ein prophylactisches Mittel vortrefflich bewährte und in dieser Hinsicht besonders geschätzt wird, weil derselbe vermöge seines Felsenursprunges und seines bedeutenden Kohlensäuregehaltes von schädlichen Mikroorganismen absolut frei ist. Der Genuss dieses Wassers ist daher gerade jetzt besonders dringend anzurathen, namentlich an Orten, welche kein ganz tadelfreies Trinkwasser besitzen.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Karliński, Dr. Justin, Districtsarzt in Konjica. Zur Hydrologie des Bezirkes Stolac in der Herzegovina. Mit 2 Tafeln und 12 Textbildern Sarajevo, Druck der Landesdruckerei für Bosnien und Herzegovina, 1892.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

WIENER MEDIZINISCHE PRESSE

XXXIII. Jahrg 1892. Wochenschrift für praktische Aerzte. XXXIII. Jahrg. 1892.

Inhalt der Nummern 24—28 vom Jahre 1892:

Beilage zu Nr. 24: Wiener Klinik 1892, Juni-Heft: **Cséri: Die klinischen Untersuchungsmethoden bei Magenkrankheiten.**

Einzelpreis dieses Heftes: 45 kr. = 75 Pf.

Abonnements-Preise: „Wiener Medizinische Presse" und „Wiener Klinik": Inland: Jährlich 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährlich 20 Mark, halbj. 10 Mark, viertelj. 5 Mark. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährlich 24 M., halbj. 12 M. „Wiener Klinik" separat: Inland jährl. 4 fl., Ausland 8 M. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern u. Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**



Andreas Saxlehner
k. u. k. Hof-Lieferant
Eigenthümer der
Hunyadi János Quelle
Zu haben in allen
Mineralwasserdepôts
sowie in allen
Apotheken.
Als bestes seiner Art bewährt und ärztlich empfohlen
Saxlehner's Bitterwasser
Man wolle ausdrücklich verlangen:
Anerkannte
Vorzüge:
Prompte, milde,
zuverlässige Wirkung.
Leicht und ausdauernd von
den Verdauungs-Organen vertragen.
Geringe Dosis. Stets gleichmässiger
und nachhaltiger Effect. Milder Geschmack.

110

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

722. ***Ein Fall von Darmtuberculose mit schwarzem Harn.*** *Von Dr.* ***Siegfr. Pollak,*** *Budapest. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 28 und Nachtrag. Ebendaselbst.)*

Der Verf., welcher früher mit dem schwarzen Harne bei Kranken mit melanotischen Geschwülsten sich beschäftigte und bereits nachgewiesen, dass ausser bei Melanosen, bei nicht pigmentirtem Krebs der Leber, des Magens und bei Peritonitis bisweilen schwarze Harne gefunden werden, beobachtete eine 10jährige, an chronischer Tuberculose des ganzen Ileums untergegangene, schwarzen Harn producirende Kranke. Eine melanotische Geschwulst wurde durch die Section nicht gefunden. Bisher wurde nur von *Senator* in einem Falle von Lungentuberculose und Tuberculose des Bauchfelles schwarzer Harn beobachtet. Der Harn unserer Patientin war frei von Gallenfarbstoffen und Hämoglobin, wodurch Dunkel- oder Schwarzfärbung hätte eintreten können. Auch Harnmelanin war nicht nachweisbar. Der reichlich vorhandene Indicangehalt konnte auch nicht an der Schwarzfärbung Theil haben, weil der Indican von dem schwarzbraunen Farbstoff getrennt werden konnte. Möglich, dass es sich hier um höhere Oxydationsproducte des Indols handelte; *Senator* spricht in seinem Falle die Indicanurie als Ursache des schwarzen Harnes an. Jedenfalls ist der, wenn auch nicht völlig aufgeklärte Fall des Verf. von grosser klinischer Bedeutung, umsomehr, als vor sehr kurzer Zeit *Hansemann* (Abtheilung Prof. *Ewald*, Berlin) einen Fall von Ochronose mit schwarzer Harnsecretion mittheilte, mit welchem Namen *Virchow* eine von ihm zuerst beobachtete eigenthümliche Schwarzfärbung der Knorpel und knorpelähnlichen Theile bezeichnet hat. Der 41jährige Patient gab an, 18 Jahre hindurch zeitweise schwarzen Harn entleert zu haben, ohne dass eine Pigmentgeschwulst irgendwo entdeckt werden konnte. *Hansemann* fand bei der Section die *Virchow*'sche Schwarzfärbung der Knorpel und knorpelähnlichen Gebilde, aber keine melanotische Geschwulst. Schwarzfärbung der Aortenintima, wie sie in den 3 bisher beschriebenen Fällen von Ochronose gefunden wurde, konnte Verf. in seinem Falle nicht finden. Auf die Schwarzfärbung der Knorpel fahndete Verf. nicht, macht jedoch mit Recht darauf aufmerksam, bei vorkommenden Sectionen ernstlich darauf zu achten, umsomehr, möchte Ref. hinzufügen, weil in dem einen Falle *Virchow's* (Arch., Bd. XXXVII) und dem einen von *Bostroem* (*Virchow*, Festschrift, Bd. II, pag. 179) der Harn nicht abnorm gefärbt war.

Hausmann, Meran.

723. ***Ueber die Beziehungen verschiedener Bacteriengifte zur Immunisirung und Heilung.*** *Von* ***G. Klemperer,*** *Berlin. Ver. f. innere Med. 15. Febr. 1892.*

Durch die von den Bacterien ausgeschiedenen und in den Körperflüssigkeiten gelösten Gifte wirken diese Bacterien. Es gibt 3 verschiedene Bacteriengifte: 1. Basische Fettkörper, aus Fäulnissgemischen dargestellt. Bisher ist ihre Beziehung zu Fieber und Krankheitserzeugung nicht erwiesen. 2. und 3. Gruppe besteht aus Eiweisskörpern, und zwar zunächst die sogenannten Toxalbumine, wie das der Diphtherie, welches Diphtherie und Fieber erzeugt. Erwärmt bildet es einen Schutz gegen Diphtherie. Das Pneumotoxin erzeugt direct und ohne Erwärmung Schutz gegen die Pneumonie! Das Serum immunisirte die Thiere und brachte den erkrankten Thieren Heilung. Diese Toxalbumine büssen, über 37° C. erwärmt, die Giftwirkung ein, bewahren aber ihre immunisirende Wirkung; bis 70° C. und darüber hinaus erwärmt, werden sie unwirksam. Die noch zur 3. Gruppe gehörenden Proteine, Eiweisskörper, vertragen stundenlanges Sieden, hierher gehört auch das *Koch*'sche Tuberculin. Dass die Pneumonie bei Thieren durch das Serum immunisirter Thiere heilbar ist, steht jetzt fest; jedoch ist die Serumtherapie sehr schwierig und deshalb wurde von Verf. versucht, die Proteinkörper, ähnlich wie Tuberculin dargestellt, zu Heilzwecken zu versuchen. (Es wurden ältere Nährlösungen von 8—10 Tage alten Pneumococcen stundenlang gekocht, eingeengt, zum Sieden erhitzt, bacterienfrei filtrirt — das Filtrat ist eine Lösung von Pneumoprotein.) Geringe concentrirte Pneumoproteinlösungen erzeugen bei Kaninchen Fieber, welches bei ferneren Einspritzungen immer kürzer wird und langsam verschwindet, doch wird weder Immunisirung, noch Heilung erreicht. Das Tuberculin tödtet bei gewissen Gaben tuberculöse Thiere, erzeugt aber bei gesunden Thieren nur Fieber, ohne zu tödten. Bei längere Zeit steigender Dosis von Originaltuberculin gelingt es, Angewöhnung des Tuberculin zu erzeugen. Wenn man abwechselnd die verschiedenen Proteine und Tuberculin in der Angewöhnung einspritzt, so schwächen dieselben sich gegenseitig ab. Da verschiedene andere Proteine dieselben Reactionen wie Tuberculin ergaben, so ist die Specifität der Tuberculinwirkung insofern einzuschränken, als dieselbe einer Reihe anderer Proteine gleichfalls zukommt. Sicher ist nach Verf., dass das Tuberculin, welches als ein Bacteriengift der Proteingruppe anzusehen ist, ebensowenig immunisirt, wie die übrigen vom Verf. geprüften Proteine. „Die eventuelle Heilung könnte nur auf Reizwirkung beruhen.“ Verf. geht nun auf die Versuche ein, anstatt die Proteinwirkungen der Toxalbumine zur Heilung der Infectionskrankheiten zu benützen. Bewiesen hat Verf. bereits früher, dass das Serum pneumonis immunisirter Thiere die Thierpneumonie heilt und dies geschah jetzt durch successive Injection concentrirten, auf 60° erwärmten Pneumotoxins. Versuche am Menschen fielen bereits günstig aus. *Hausmann,* Meran.

724. ***Ein Fall von Chorea-Nephritis.*** *Von Prof. Dr.* ***L. Thomas,*** *Freiburg i. B. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 29.)*

Ueber ätiologische Beziehungen zwischen Chorea und reiner, nicht auf endocarditischer Basis entstandener Nephritis ist in der

Literatur bisher Nichts verzeichnet. Verf. glaubt daher die nachfolgende Beobachtung veröffentlichen zu sollen. Ein $14^{1}/_{2}$jähriger, in seiner Entwicklung etwas zurückgebliebener, anämischer Knabe, der früher nur in jüngeren Jahren Scharlach durchgemacht haben soll, nach welchem er aber nicht hydropisch war, erkrankt an Chorea. Das Schreiben war ihm wegen schleudernder Bewegungen nicht möglich, er griff öfter hastig neben der gereichten Hand vorbei, zappelte beim Befehl, ruhig zu stehen, mit den Beinen, schnitt Gesichter; die Patellarreflexe waren gesteigert. Der Versuch einer Arsencur scheiterte. Es wurde nunmehr ein diätetisch-roborirendes Verfahren eingeschlagen, bei welchem übrigens Alkoholica nicht zur Verwendung kamen. Nach einer Woche wurde Verf. gerufen, weil sich eine Anschwellung des Gesichtes gezeigt hatte; bei näherer Untersuchung fand sich allgemeines Anasarca, übrigens ohne Fieber, bei mässig beschleunigtem und gespanntem Pulse. Fortan blieb der Knabe im Bette. Seine Herzdämpfung war normal gross, beim ersten Herzton ergab sich, jedoch nur bei gesteigerter Herzthätigkeit, ein leichtes Sausen, der zweite Aortaton ein wenig verstärkt. Der Harn enthielt ungefähr $^{1}/_{4}$ Procent Eiweiss, reichliche blasse und lange hyaline Cylinder mit Epitheldetritus und Epithelien. Im Bett wurden die choreatischen Bewegungen geringer. Der Eiweissgehalt des Harnes hielt sich etwa eine Woche lang auf gleicher Höhe und nahm dann, ebenso wie das Anasarca, unter Milchdiät, Diuretin und Bädern rasch ab. Höchst auffällig war nun, wie mit der Wiederkehr des allgemeinen, nur durch Nephritis und Anasarca gestörten Wohlbefindens die vorher so beträchtlichen Choreasymptome rasch sich verminderten und mit dem Schwinden der Nephritis vollständig aufhörten. Leider war der Harn nicht sofort mit dem Erscheinen der Chorea untersucht worden, und kann Verf. daher nicht ganz bestimmt versichern, dass dieselbe sich mit der Nephritis zusammen eingestellt hat; es ist dies aber sehr wahrscheinlich, theils weil die Chorea mit der Nephritis verschwand, theils weil $^{3}/_{4}$ Jahr wenigstens vor Erscheinen der Chorea der Harn eiweissfrei gewesen und inzwischen der Knabe nicht krank gewesen ist. Jedenfalls waren aber auf der Höhe der Nephritis, die zu allgemeinem Anasarca führte, die Choreasymptome ganz beträchtlich und mit dem Schwinden der Nephritis ebenfalls geschwunden. Die Erklärung des Zusammenhanges ist vermuthlich darin zu finden, dass die Ursache der Störung der Coordinationscentren, durch welche die choreatischen Bewegungen herbeigeführt werden, eine Intoxication mit Harnbestandtheilen sein kann. Dies entspricht ja der Thatsache, das Chorea so häufig durch rheumatische Störungen und mitunter auch durch Infectionskrankheiten veranlasst werde. *O. R.*

725. ***Beiträge zur Kenntniss des Delirium tremens.*** *Von Dr.* ***H. Krukenberg.*** *(Zeitschr. f. klin. Med. 1892. — Allg. med. Central-Ztg.)*

Verf. beobachtete im vorigen Jahre in dem Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf an 265 Kranken (mit Hinzurechnung von 36 Recidiven) im Ganzen 301 Fälle von Alkoholismus, darunter 161 Fälle von Delirium tremens. Als ätiologisch wichtig wurde

neben dem Alkoholgenuss (Schnaps) in fast 50 Procent der Fälle eine neuropathische Prädisposition (Psychosen, Epilepsie, Potatorium bei den nächsten Verwandten) nachgewiesen. Dass die plötzliche Entziehung des Alkohols, wie sie im Hamburger Krankenhause bei normal verlaufendem Delirium regelmässig geübt wird, unter den accidentellen Ursachen des Delirium tremens etwelche Rolle spiele, konnte Verf. in keinem seiner Fälle constatiren. Auch nach Ausbruch des Deliriums war die Behandlung mit Alkoholicis entbehrlich. 20mal wurden Pneumonien, 16mal Traumen als bestimmte Gelegenheitsursachen festgestellt. Verf. erlebte im Verlaufe des einen Jahres 16, d. h. 10 Procent Todesfälle während des Deliriums, fast die niedrigste bisher beobachtete Procentzahl. Ausser diesen 16 während des Deliriums gestorbenen Alkoholikern gingen später an anderweitigen Erkrankungen zu Grunde 9, darunter 6 an Lungenphthise, 1 an Darmtuberculose. Diese Thatsache, sowie diejenige, dass bei einer Reihe anderer Kranker, welche gebessert entlassen wurden, beginnende tuberculöse Processe in den Lungen nachweisbar waren, legen die Vermuthung nahe, dass Alkoholmissbrauch die Disposition zu tuberculösen Erkrankungen steigert. Bei älteren Leuten beobachtete Verf. mehrfach den Ausgang in chronische Demenz und Verwirrtheit. Von den somatischen Veränderungen bei Deliranten berücksichtigt Verf. vorzugsweise die vorübergehenden, durch den Anfall hervorgerufenen, rein functionellen Störungen. Er bespricht die transitorischen Sensibilitätsstörungen, ferner den Einfluss des Deliriums auf das Sehorgan. Unter 19 Deliranten fand sich bei 12 eine erhebliche, bei 5 eine geringe concentrische Gesichtsfeldeinengung. Diese bildete sich erst im Laufe des Deliriums aus, um 8—14 Tage nach demselben wieder zu verschwinden. In einigen Fällen konnten auch für die einzelnen Farben concentrische Einengungen nachgewiesen werden. Es handelt sich hier um eine vorübergehende Anästhesie der Retina, welche nicht durch Medicamente oder die bei Deliranten notorisch häufig vorkommende Epilepsie bedingt ist, obschon gerade bei Epileptikern ganz ähnliche Beobachtungen gemacht worden sind. An Epilepsie litten 35 Procent aller Deliranten und 44 Procent der Rückfälligen. Ob es sich um eine Epilepsie auf alkoholischer Basis handelt, ergibt sich aus der Zeit des Auftretens; denn solchen Falles stellen sich die Krämpfe immer erst im Mannesalter ein, wenn auch schon andere Zeichen von Alkoholismus vorhanden sind, oft als directe Folge eines Excesses. Sonst ist das Bild von dem der genuinen Epilepsie in nichts verschieden. Niemals tritt ein Anfall auf, wenn dem Kranken längere Zeit der Alkohol entzogen ist. Der epileptische Anfall ist in diesen Fällen als Theilerscheinung des Delirium tremens aufzufassen, gerade wie das epileptische Irresein bei der genuinen Epilepsie. Auffallend häufig beobachtet man das Auftreten von Varices an den Beinen, die oft einen hohen Grad erreichen und Ulcera cruris zur Folge haben, sowie kleine varicöse Ectasien im Rachen, Oesophagus und in den unteren Darmabschnitten, von wo es oft zu starken Blutungen kommt. Säuferscorbut, eine hämorrhagische Diathese der Säufer, beobachtete Verf. 9mal und glaubt die Blutungen ätiologisch auf eine in der Trunkenheit ent-

stehende vasomotorische Lähmung und dadurch bedingte Stauung im capillaren Gefässsystem zurückführen zu müssen. Am Pulse stellt Verf. während des Deliriums sphygmographisch ausgesprochene Dicrotie fest, während bei einfachem chronischem Alkoholismus Pulsus tardus vorhanden ist. In der Reconvalescenz ist der Puls ausserdem fast immer verlangsamt. Die Pneumonien zeichneten sich durch auffalleud atypischen Verlauf aus. Die Entfieberung war stets lytisch. Häufig wurden leichte Grade von Lungenemphysem bei Deliranten gefunden. Auch ein Fall von Lungenruptur kam zur Beobachtung. Sehr interessant ist, dass auch bei Kranken, welche kein Trauma erlitten hatten, Fettembolie der Lungen ein häufiger Sectionsbefund war; wahrscheinlich eine Folge der vor dem Tode gemachten Injectionen von Oleum camphoratum. Verf. betont das Fehlen der Harnverhaltung auch in den schwersten Fällen von Delirium tremens als wesentliches differentialdiagnostisches Merkmal gegenüber der Meningitis. Der Harn enthält 52 Procent der Deliranten Eiweiss, seine Menge ist stark vermindert. Nach Ablauf des Deliriums bleibt dauernde Polyurie bei geringem specifischen Gewicht und ohne Eiweiss zurück. Die anatomischen Veränderungen der Nieren waren gering, aber constant: chronische interstitielle Nephritis und atrophische, regressive Ernährungsstörungen, die sich besonders in Schrumpfung der Glomeruli und Kalkinfarcten äusserten.

726. ***Tic convulsif; seine Natur und Behandlung.*** *Von Prof.* **Graeme M. Hammond,** *New-York. (Med. Rec. 1892. 9. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 56.)*

Der Tic convulsif wird durch kurze spasmodische Zusammenziehungen einzelner Muskeln oder Muskelgruppen charakterisirt. Zwischen den Spasmen, die mehrere Secunden bis Minuten dauern, sind Ruhepausen. Die Muskelbewegungen sind gewöhnlich schnell und deutlich abgegrenzt und unterscheiden sich von den langsameren, ziellosen und fast beständigen Contractionen der Chorea. Das Leiden beginnt gewöhnlich in der Kindheit und setzt sich zuweilen durch das ganze Leben fort. In vielen anderen Fällen verschwindet er nach mehreren Monaten oder Jahren. Das Hauptcharakteristicum der Affection ist die plötzliche Muskelcontraction, ihre transitorische Natur und der deutliche Ruheintervall zwischen zwei Contractionen. Es herrscht allgemein die Ansicht, dass es sich bei jeder Form der beweglichen Spasmen um Erkrankungen der motorischen Sphäre im Gehirn handelt. Doch treten immer bei Läsionen gewisser Partien des motorischen Centrums die spastischen Formen der Muskelcontraction auf. Diese Wirkung wird gewöhnlich bei Hämorrhagien und anderen Läsionen der inneren Kapsel, des Pons, Crus und der motorischen Fasern in den Seitensträngen des Rückenmarkes beobachtet, während bei den beweglichen Spasmen Affectionen der motorischen Rindenpartie, des Thalamus, Corpus striatum, der Ganglien, des Pons und der Medulla gefunden werden. Destructive Läsionen dieser Theile endigen mit Paralyse, irritative mit Spasmen. In den functionellen Fällen beweglicher Spasmen, die in Heilung ausgehen, hängt die Reizung der Ganglienzellen von einer Ursache ab, die entfernt werden kann, die also nicht organischer Natur ist, wie toxischer Zustand des Blutes, schlechter Ernährungszustand

des Blutes; moleculäre Veränderung der Zellen in Folge von Shock oder Schreck zusammen mit einer Disposition zu Neurosen bilden in der Mehrheit der Fälle die Ursachen des Tic convulsif. Die besten Resultate bei der Behandlung des Tic convulsif werden durch Coniin und Atropin erzielt. Die Wirksamkeit dieser Mittel wird erhöht durch ihre Combination mit mässigen Quantitäten der Bromide. Die letzteren allein waren ebenso wie Arsenik wirkungslos. Verschlimmerung trat ein nach Eisen, Strychnin und Phosphor. Vielleicht sind in milderen Fällen Tonica zu empfehlen; in schwereren dagegen waren sie ohne Wirkung. Dem Conium ist noch vor dem Atropin der Vorzug zu geben. Man beginnt mit 0·0006 Atropin und steigt bis 0·0015. Vom Conium wurde das Fluidextract und das Alkaloid gegeben. Man beginne mit 5 Tropfen des Extractes und vermehre die Dosis um 1—2 Tropfen täglich, bis der Tic aufhört oder die physiologischen Wirkungen eintreten. Bisweilen kann der Patient 30—50 Tropfen ohne Beschwerden vertragen. Wenn er aber über Schwäche, Schwindel und Doppelsehen klagt, so muss man auf die Anfangsdosis zurückgehen. In den meisten Fällen wird man mit kleineren Mengen auskommen.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

727. ***Die Behandlung der serösen Pleuritis mit salicylsaurem Natron.*** *Von Prof.* ***J. G. Edgren****, Stockholm. (Hygiea. 1891, Nov., pag. 521.)*

728. ***Ueber die Behandlung exsudativer, nicht eitriger Pleuritis mit Salicylsäure und salicylsaurem Natron.*** *Von* ***H. Köster****, Göteborg. (Upsala Läk. Fören. Förhandl. 1892. 4 u. 5, pag. 196.)*

Die zuerst von *Aufrecht* (1883), später von *Herz, Stiller, Fetz* und *Deri* empfohlene Salicylbehandlung der Pleuritis serosa hat sich in Stockholm im Serafimer Lazareth und in Göteborg im *Sahlgren*'schen Krankenhause in ganz vorzüglicher Weise bewährt. Die von *Edgren* und *Köster* mitgetheilten Beobachtungen bestätigen das rasche Schwinden frischer Exsudate, ohne dass man bei nicht zu grosser Ausdehnung des Ergusses zur Punction zu greifen braucht. Auch wenn letzteres nöthig ist, um theilweise das Exsudat zu entleeren, wirken Salicylate ausserordentlich gut. Die Fiebertemperatur sinkt mit der Abnahme der Exsudate. Auch wenn gleichzeitig andere seröse Häute erkranken, wie Pericard oder Peritoneum, fördern die Salicylate die Resorption der serösen Ergüsse. In einzelnen Fällen im *Sahlgren*'schen Krankenhause war die Wirkung auf das Fieber nicht ausgesprochen und auch die Resorption der Ergüsse machte nur unbedeutende Fortschritte, doch ist es nicht unmöglich, dass es sich hier um secundäre Pleuritiden, als deren Ursache allerdings Tuberculose nicht nachzuweisen war, handelte. In einzelnen Fällen entschieden tuberculöser Pleuritis exsudativa war das Mittel nicht ohne Nutzen. *Köster* empfiehlt an Stelle der zuerst von ihm verwendeten Salicylsäure das leichter zu vertragende Natriumsalicylat zu 3·0—4·0 täglich. *Husemann.*

729. ***Zur Therapie der Chlorose.*** *Von Dr.* **Pick.** *(Wien. klin. Wochenschr. 1891. 50. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 27.)*

Verf. hat auf der *Nothnagel*'schen Klinik die Beziehungen der Erkrankungen des Verdauungstractus zur Chlorose zum Gegenstande ausgedehnter Untersuchungen gemacht. In einer grossen Anzahl von Fällen finden sich bei Chlorotischen atonische Zustände des Magens, in anderen ist eine ausgesprochene Dilatation vorhanden. Diese Zustände und die aus ihnen resultirenden Beschwerden prävaliren oft gegenüber den anderen Erscheinungen der Chlorose in einem Masse, dass der Gedanke nicht von der Hand zu weisen ist, dass letztere durch erstere hervorgerufen sei durch eine Art Autointoxication. Von dieser Annahme ausgehend, hat Verf. an 16 chlorotischen Mädchen, von denen 5 bereits Monate hindurch mit Eisen behandelt worden waren, 11 zum ersten Male behandelt wurden, die Behandlung derart eingeleitet, dass den Pat. Vormittags der Magen ausgespült wurde. Der Erfolg war ein überraschender; es konnten nach 3—4wöchentlicher Behandlung Heilungen von Chlorosen beobachtet werden, die einer monatelangen Eisentherapie getrotzt hatten. In sämmtlichen Fällen konnte ein Ansteigen des Hämoglobingehaltes mittelst des *Fleischl*'schen Hämoglobinometers constatirt werden. — Bezüglich der Alteration des Chemismus der Verdauung konnte auch Verf. als häufigstes Vorkommniss Herabsetzung des Salzsäuregehaltes constatiren. Am Schlusse der Arbeit bespricht Verf. die einschlägige Literatur und hebt dann noch hervor, dass er gleich häufige Erfolge wie mit den immerhin lästigen Magenausspülungen auch bei Anwendung von Kreosot (0·05 3mal pro die) erzielt habe.

730. ***Bemerkungen über die Wirkungen der cantharidinsauren Salze.*** *Von* **O. Liebreich.** *(Therap. Monatsh. 1892. 6. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 55.)*

In seiner neuesten Publication über die Cantharidintherapie kommt Verf. zunächst noch einmal auf seine Theorie bezüglich der Wirkung des Cantharidins zurück. Dieselbe gipfelt darin, dass bei der internen Anwendung sehr kleiner Mengen der Cantharidinverbindungen, welche an der Applicationsstelle oder auf den ersten Wegen nicht reizen, ein Austritt von Serum aus den bereits gereizten Capillaren erfolgt, bevor die Nieren entzündlich verändert werden. Für die experimentelle Bestätigung dieser Anschauung war der Nachweis nothwendig: 1. dass die zur Anwendung gelangten cantharidinsauren Alkalien speciell die erkrankte, tuberculöse Stelle beeinflussen, 2. dass diese Einwirkung erfolgt, bevor anderweitige Störungen beobachtet wurden. — Was den ersten Punkt anlangt, so ist Verf. zu der Ueberzeugung gelangt, dass in der That am Locus minoris resistentiae eine seröse Durchtränkung des erkrankten Gewebes zu erkennen ist, eine Beobachtung, die fast von sämmtlichen Autoren bestätigt wird. — Diese Veränderung des Gewebes ist nicht wie nach der Tuberculinbehandlung mit Hyperämie verbunden, im Gegentheil, es wird bisweilen in diesem Stadium eine verminderte Röthung beobachtet. — Des weiteren weist Verf. den Vorwurf der Unwirksamkeit seines Verfahrens zurück. Es dürfe nicht verlangt werden, dass seit langen Jahren bestehende pathologische Veränderungen in kurzer Zeit geheilt

werden, wahrscheinlich wird sich häufig die endgiltige Heilung erst nach jahrelanger Behandlung erzielen lassen. Immerhin hat Verf.'s Verfahren selbst vor der chirurgischen Behandlung den Vorzug, dass sich nicht von anderen Stellen aus Recidive in mehr oder weniger grossen Zeitintervallen einstellen. Wenigstens hat Verf. in den von ihm mit cantharidinsaurem Natron beobachteten Fällen während der ganzen Zeit des Rückganges des Lupus an keiner anderen Stelle eine Neubildung beobachtet. Was den zweiten Punkt, die Nierenreizung, anlangt, so ist dieselbe selbstverständlich auf's Sorgfältigste im Auge zu behalten. Bestehen Nierenerkrankungen, so ist die Methode absolut contraindicirt. Aber auch bei vorgeschrittener Tuberculose ist stets zu berücksichtigen, dass hier amyloide Nierendegeneration nicht zu den Seltenheiten gehört, und dass in Folge dessen bei vorgeschrittenen tuberculösen Processen dem Harnbefund eine erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden ist. — Die Häufigkeit, mit welcher bei *Demme* über Vorkommen von Albumen in dem Harn nach der Cur berichtet wird, ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass sich die betreffenden Patienten fast sämmtlich in vorgeschrittenem Stadium der Phthisis befanden. Von Interesse ist es, dass das Mittel auch bei anderen pathologischen Processen (chronischer Laryngitis, Pharyngitis, menstrueller Aphonie) der theoretischen Voraussetzung über seine Wirkung entsprechend sich bewährte. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass bei richtiger Anwendung mit genügender Aufmerksamkeit ebensowenig eine Gefahr für den mit cantharidinsaurem Alkali behandelten Kranken entsteht, wie es bei richtiger Anwendung von Arsen, Quecksilber etc. der Fall ist.

731. ***Ueber die anästhesirenden Eigenschaften des Cocains.*** *Von* ***A. Bignon.*** *(Bull. génér. de thérapeutique. 1892. 8. — Centralbl. f. Chir. 1892. 27.)*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass das Cocain in sauren Lösungen geringe oder gar keine anästhetischen Wirkungen ausübt. Da nun die gewöhnlichen Lösungen des salzsauren Cocainsalzes gewöhnlich freie Säure enthalten, so müssen dieselben neutralisirt werden. Setzt man einer derartigen Lösung etwas kohlensaures Natron im Ueberschuss zu, so scheidet sich das Alkaloid Cocain aus und bildet in der alkalischen Flüssigkeit eine äusserst fein vertheilte Suspension. Diese Suspension („Lait de cocaine") hat nach den Erfahrungen des Verf. die grösste anästhetische Wirkung, muss jedoch immer frisch bereitet werden.

732. ***Zur Behandlung der Migräne.*** *Von Dr.* ***Heinrich Weiss.*** *Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1892. 19. Februar.*

Vom Chinin und salicylsauren Natron angefangen bis zum Antifebrin, Antipyrin, das Coffein, Ergotin, Ammoniak, die Jod- und Brompräparate, ferner das Arsen, auch in Form von Mineralwässern, das gefährliche Amylnitrit, den Mentholstift nicht zu vergessen, und die Elektricität: all diese Mittel werden bei der Migräne versucht, aber alle lassen oft im Stiche. Speciell die vielgerühmte Elektricität dürfte nur in sehr seltenen Ausnahmsfällen einen acuten Anfall zu coupiren im Stande sein. Neben der Massage wird die Hydrotherapie zumeist von den Patienten auf eigene Faust ganz unzweckmässig geübt. Auch die Compression der Carotis

auf der leidenden Kopfhälfte wurde zum Coupiren des Kopfschmerzes anempfohlen. Einmal schliesslich hört zumeist jeder Kopfschmerz auf und von einigen der erwähnten Mittel wissen wir ganz bestimmt, dass sie sehr wirksam sind. Erfahrungsgemäss pflegen Cephalalgien mit Affectionen des Magens vergesellschaftet zu sein. Nicht blos der Magenschwindel, auch der Kopfschmerz wird vom Magen, respective Vagus aus reflectorisch hervorgerufen. Verf. legt daher Gewicht darauf, in Fällen von Migräne den Magen zu untersuchen. Es pflegt ja auch eine Cardialgie neben Cephalalgie zu bestehen. Verf. konnte nun die Beobachtung machen, dass, wenn man ungefähr in der Mitte zwischen Processus xiphoid. und Nabel die Bauchdecken an die Wirbelsäule drückt, bei Personen, die an den heftigsten Kopfschmerzen litten, diese augenblicklich sistirten. Dieses Phänomen stellte sich regelmässig ein. So oft Verf. das Experiment machte, athmeten die Patienten erleichtert auf und versicherten, keinen Kopfschmerz mehr zu haben. Aber nicht blos der Kopfschmerz wich; auch die Hyperästhesie war geschwunden. Nach aufmerksamem Verfolgen des Experimentes kam Verf. zur Ueberzeugung, dass es die Compression der Bauchaorta ist, welche die Besserung hervorruft. Wich er nämlich der Stelle, welche dem Verlaufe des genannten Gefässes entspricht, aus, so blieb der Effect, er mochte an die Wirbelsäule drücken so viel er wollte, jedesmal aus. Es ist übrigens nicht schwer, die Stelle zu finden und sich durch den anschlagenden Puls zu überzeugen, dass man die Arterie comprimirt. In 23 Fällen — es waren dies durchwegs Frauen der verschiedensten Gesellschaftsclassen — war das Verfahren wirksam. Zu seinem Bedauern muss Verf. aber die Tragweite seiner Beobachtung selbst schmälern. Wenn auch jedesmal der Kopfschmerz aufhörte, nur in wenigen Fällen blieb er ganz weg. Oftmals kehrte er allmälig, so wie man in der Compression nachliess, wieder. Aber auch Diejenigen, welchen nur ganz momentane Abhilfe ward, waren für die schmerzfreien Augenblicke sehr dankbar.

733. ***Subcutane Salzwasserinjection bei Gastroenteritis der kleinen Kinder.*** *Von Dr. **Paul Demiéville**. (Revue méd. de la Suisse romande. 1892. 1. — Therap. Monatsh. 1892. 6.)*

Es handelt sich um ein $4\frac{1}{2}$ Monate altes Kind, das nach 5 Tage andauerndem Brechdurchfall, gegen den alle üblichen Mittel vergebens angewandt, bereits die Symptome eines hochgradigen Collapses zeigte. Die Gesichtsfarbe war blassgrau, leichenartig, die Extremitäten eiskalt, Puls kaum fühlbar, die Augen tief eingesunken; das Schlucken ist unmöglich und Klystiere gehen sofort wieder ab. Nach langem Zögern erhält Verf. von den Eltern die Zustimmung, einen letzten therapeutischen Versuch zu wagen. Unter Assistenz des Vaters macht er um 11 Uhr Vormittags unter die Haut der beiden Oberschenkel eine Injection von 120—150 Grm. sterilisirter, 6‰ erwärmter Kochsalzlösung. Hierzu bediente er sich eines Irrigators mit $1\frac{1}{2}$ M. langem Kautschukrohr und einer *Dieulafoy*'schen Nadel. Während und nach der Infusion behufs Erleichterung der Diffusion und Resorption der Flüssigkeit centripetale Massage der Oberschenkel. Unmittelbar nach der Operation scheint das Befinden des Kindes sich zu bessern. Es schläft ein wenig. Alsdann gelingt es, ihm ein wenig Wasser und Cognac

einzuflössen. Von nun an hören Erbrechen und Durchfall auf. Am Abend ist das Gesicht sehr geröthet und heiss, der Puls noch schwach, doch deutlich fühlbar, 112 Schläge in der Minute machend. Nachts nimmt das Kind viel besser Wasser, Cognac und Malaga. Von nun an deutlich fortschreitende Besserung und völlige Genesung nach 14 Tagen. —*r.*

734. ***Ein neues Kreosotmittel.*** *Von Dr.* **Hoffmann.** *(Der prakt. Arzt. 1892. 6.)*

Unter den Namen „Pilulae Kreosoti et bals. Tolut. Jungfer" ist aus der Officin der Adlerapotheke zu Breslau ein Präparat hervorgegangen, welches eine Bereicherung des Arzneischatzes zu werden verspricht. Die bisherigen Kreosotpillen und Kreosotkapseln haben folgende Nachtheile: Die ursprünglichen Kreosot et bals. Tolut.-Kapseln nach *Sommerbrodt* sind von schwächeren Individuen wegen der Kapselgelatine oft schwer zu vertragen. Die neueren Kapseln mit Leberthran haben denselben Nachtheil, wozu noch kommt, dass der Leberthran, dessen vorzügliche therapeutische Wirkung im Allgemeinen nicht im Geringsten in Abrede gestellt werden soll, oft dennoch nicht vertragen wird. Die *Jasper*'schen Pillen sind so fest, dass sie, wie dies erprobt, oft unverdaut, also wirkungslos abgehen. Die neuen Pillen, in 2 Sorten, mit einem Gehalt von 0·05, respective 0·1 Kreosot und circa 0·02 Bals. Tolut. (zur Milderung der ätzenden Eigenschaft des Kreosots) lassen sich durch kräftigen Druck mit dem Daumen zu Pulver zerdrücken und lösen sich in 15—20 Minuten in Wasser von 37° C. Sie nehmen sich sehr gut, sind verzuckert und vanillirt.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

735. ***Ein Nothverband.*** *Von Prof.* **Kölliker,** *Leipzig. (Centralbl. f. Chir. 1892. 27.)*

Der vom Verf. benützte Nothverband besteht aus einer sterilisirten Mullbinde, 5 M. lang und 8 Cm. breit, deren Anfangsstück zu einer bestimmten Länge mit 20 Procent Jodoform imprägnirt ist. Es stellt demnach der erste Abschnitt der Binde 20procentige Jodoformgaze dar. Selbstverständlich kann zur Imprägnirung auch jedes andere Antisepticum benutzt werden, Verf. wählte jedoch Jodoform als das zu diesen Zwecken bewährteste. Er benützt viererlei derartige Binden: 1. 50 Cm. Jodoformimprägnirung, 2. 75 Cm. Jodoformimprägnirung, 3. 50 Cm. Jodoformimprägnirung mit 14 Ccm. Guttaperchapapier in die Binde eingerollt, 4. 75 Cm. Jodoformimprägnirung mit 20 Ccm. Guttaperchapapier. Die Binden sind luft- und wasserdicht verpackt. Das Gewicht der Verbandpäckchen, welche auch eine Sicherheitsnadel enthalten, beträgt circa 15 Grm. Die Anwendung ist eben so einfach als bequem: Der jodoformirte Theil der Binde wird abgerollt als Bausch auf die Wunde gelegt und mit dem Reste der Binde befestigt. Bei manchen Wunden, wie z. B. an den Fingern, kann die Binde auch ohne Weiteres abgerollt werden. Binde 3 und 4 enthalten ein Stück Guttapercha für den Fall, dass die Jodoformgaze mit einem

impermeablen Stoffe bedeckt werden soll. Für umfangreiche Wunden kann man auch mehrere Binden zum Verbande verwenden.

O. R.

736. ***Bemerkungen über Placentargeschwülste und Beschreibung von drei Fällen dieser Art.*** *Von Dr.* **E. Alin,** *Stockholm. (Nordiskt med. Ark. 1891. Bd. XXIII. 4.)*

Circumscripte Geschwülste der Placenta gehören zu den Seltenheiten; die medicinische Literatur enthält ungefähr ein viertel Hundert davon. Um so auffälliger ist es, dass in der geburtshilflichen Klinik in Stockholm während des Jahres 1891 drei Fälle vorkamen, von denen noch dazu zwei einer bisher unbeschriebenen Form, dem Angioma simplex, angehören. Der dritte betrifft ein sehr gefässreiches Fibromyxom. In allen Fällen waren lebende Kinder nach regelmässiger Gravidität normal zur Welt gekommen. Die Geschwülste gehörten dem Chorion an und waren von dem umgebenden Placentargewebe deutlich getrennt. Die grösste war von den Dimensionen einer Walnuss. *Th. Husemann.*

737. ***Ein neues Opfer der Intrauterininjectionen.*** *Von Dr.* **Eichholz,** *Kreuznach. (Der Frauenarzt. 1892. 6.)*

Aus der Universitätsklinik zu Bonn berichtet im Centralbl. f. Gyn. der erste Assistenzarzt Dr. *Pletzer* einen Todesfall nach Injection von Liquor ferri sesquichlorati in den Uterus. Es handelte sich um eine 32jährige Frau, welche wegen Retroversio uteri und chronischer Endometritis die Hilfe der gynäkologischen Klinik in Anspruch nahm. Der Uterus wurde curettirt und mit Jodtinctur geätzt, darauf Reposition vorgenommen und ein Hodge-Pessar eingeführt. Nach viertägiger Bettruhe wurden an zwei Tagen Uterusausspülungen mit 2procentiger Carbollösung vorgenommen, worauf wegen Eintrittes der etwas reichlichen Periode die intrauterine Behandlung sistirt wurde. Darauf wurden eine Woche hindurch jeden zweiten Tag eine Carbolinjection mit nachfolgender Aetzung mit Jodtinctur vorgenommen. Bei der vierten Injection leichte Blutung. Bei der fünften Injection erschien die Blutung stärker und daher unterliess man die Anwendung der Jodtinctur in der Hoffnung, durch Einspritzung von Liq. ferr. sesquichl. diese Blutung beseitigen zu können. Es wurden daher mit der mit einer seitlichen Ausflussöffnung versehenen *Braun*'schen Spritze 2 Grm. Liq. ferr. sesquichl. in den durch Carbollösung vorher desinficirten Uterus vorsichtig tropfenweise eingespritzt und der Abfluss des eingebrachten Medicamentes aus dem für einen *Bozeman*'schen Catheter mittlerer Dicke gut durchgängigen Cervicalcanal beobachtet Gleichzeitig wurde mit Wasser die ausfliessende Eisenlösung, um eine zu starke Aetzung der Cervicalschleimhaut zu vermeiden, verdünnt und der Uterus sofort mit 2procentiger Carbollösung ausgiebig ausgespült. Schon während des Ausfliessens der Eisenlösung klagte die Kranke über die Schmerzhaftigkeit der diesmaligen Ausspülung. Diese Empfindlichkeit steigerte sich in den nächsten 15 Minuten zu heftigen kolikartigen Schmerzen. Eine Viertelstunde nach beendigter Ausspülung heftige Schmerzen im Unterleibe, livide Hautfarbe, stertoröses Athmen; trotz Analeptica erlag die Pat. $2^1/_4$ Stunden nach dem Eingriff. Die Section ergab einen kirschgrossen, aus durchfeuchtetem, gelbgefärbtem Gewebe bestehenden Herd im linken

Thalamus opticus, im rechten Herzen einzelne kleine Thromben, in der rechten Vena iliaca ein 3 Cm. langes Gerinnsel, in der Uterushöhle einen Defect von $1^1/_2$ Cm. Länge und $^1/_2$ Cm. Tiefe in der Schleimhaut. Im Grunde dieses Defectes Venen, welche prall gefüllt sind mit schwarzem Gerinnsel. *Eichholz* fragt nun, weshalb denn in diesem Falle die Injection mit Liq. ferr. überhaupt vorgenommen wurde. Der Verf. sagt, die Blutung „erschien stärker". Dass dieselbe heftig oder das Leben der Pat. bedrohend erschien, geht aus dem Berichte nicht hervor. Es war eben ein Blutabgang, wie er bei so intensiver Behandlung des Uterusinnern gar nicht wunderbar ist, da offenbar Läsionen der Schleimhaut vorhanden sein mussten. Aber solche Blutungen stehen eben von selbst, wenn man den Uterus in Ruhe lässt. Unsere Literatur ist doch nachgerade reich genug an Berichten über Todesfälle nach intrauterinen Injectionen und man kann es nicht verstehen, wie trotzdem an dieser gefährlichen Therapie von gewisser Seite zähe festgehalten wird. Was speciell die Injection flüssiger Aetzmittel anbetrifft, so birgt diese wohl von allen intrauterinen Behandlungsarten die meisten Gefahren. Berichtet doch *Chrobak* allein schon 18 Todesfälle in Folge derselben! Ferner verdient ein Punkt in vorliegender Krankengeschichte besondere Erwähnung, worauf Verf. wenig Werth zu legen scheint. Derselbe berichtet, dass nach der Injection von Liq. ferri „eine ausgiebige 2procentige Carbolausspülung gemacht wurde". Ist es nicht wahrscheinlich, dass durch den hierdurch auf die Uteruswand ausgeübten Druck erst recht der anhaftende Liq. ferri, beziehungsweise die durch denselben gebildeten Schorfmassen in die offenen Venenlumina hineingepresst wurden? Und wozu diese Irrigation? Der Verf. sagt: „Trotz der grossen Anzahl intrauteriner Eingriffe, welche heutzutage mit schwächer oder stärker wirkenden Aetzmitteln gemacht werden, sind Dank der ausgebildeten Technik verhältnissmässig wenige Todesfälle bekannt geworden." Was heisst denn verhältnissmässig wenige Todesfälle? Wenn die Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinoms 10 Procent Todesfälle aufweist, so ist das „verhältnissmässig wenig", weil ohne die Operation 100 Procent zu Grunde gegangen wären. Wenn aber eine einzige Frau mit Retroversion und Endometritis, also mit einem Leiden, welches ohne Behandlung ihr Leben wahrscheinlich nicht gefährdet hätte, lediglich in Folge der Behandlung in der Blüthe ihrer Jahre dem Tode anheimfällt, so ist das „verhältnissmässig" sehr viel, selbst wenn tausend andere mit demselben Leiden durch diese Behandlung gebessert würden. Ein einziger Todesfall wie der vorliegende, welcher erfolgt bei einem gänzlich ungefährlichen Leiden, nur durch die Behandlung, sollte gerade ausreichend sein, um eine derartige Therapie definitiv über Bord zu werfen.

r.

738. ***Zur Diagnostik des Nebenkropfes und des Kropfes.*** *Von **G. Kugler**. Aus der chirurgischen Klinik des Prof. Wölfler zu Graz. (Wien. med. Wochenschr. 1892. 13—15. — Centralbl. f. klin. Chir. 1892. 27.)*

Die Diagnose auf einen Nebenkropf ist in der Regel keine leichte. Sie kann gestellt werden, wenn die nicht cystische Geschwulst seit der Geburt besteht und zur Zeit der Pubertät sich

vergrössert; wenn dieselbe zur Zeit der Menses oder Gravidität anschwillt, wenn sie Mitbewegungen beim Schlucken macht. Der Lieblingssitz ist im Trigon. colli super. in der Nähe oder dicht am und im Zungenbein, in der Nachbarschaft des Kehlkopfes oder in seiner Höhle selbst. Die Nebenkröpfe sollen rechterseits und beim weiblichen Geschlechte häufiger vorkommen. Bei der Operation zeigt sich die Geschwulst von Venennetzen reichlich umgeben und mit der Kapsel ausserordentlich fest am Zungenbein, am Kehlkopf etc. verwachsen. Die Diagnose wird natürlich noch sicherer, wenn sich eine strangförmige Verbindung mit dem Kropfe nachweisen lässt (alliirter Nebenkropf). Bei dem beschriebenen Falle, ein 22jähriges Mädchen betreffend, konnte die Diagnose vor der Operation von *Wölfler* gestellt werden. In operativer Hinsicht ist zu empfehlen, auch den Nebenkropf, wenn er mit dem Zungenbein oder Kehlkopfe fest verwachsen ist, aus seiner Kapsel auszulösen, sodann die Kapsel selbst zu reseciren bis auf den verwachsenen Rest, und eventuell diesen, wenn Kropfgewebe daran haftet, mit dem Thermocauter noch besonders zu verschorfen. Zum Schlusse berichtet der Verf. noch über einen Fall, wo *Wölfler* sich trotz der grossen Aehnlichkeit des Bildes mit einem Kropf in seiner Diagnose nicht beirren liess, sondern dieselbe auf ein Lipom stellte, was sich bei der Operation auch als richtig erwies. Dasselbe hatte sich zwischen den Kopfnickern entwickelt, drang bis zu der Gefässscheide und neben die Trachea hinein, hatte dieselbe weit verdrängt, die Gefässe aber hinten liegen lassen. Der Hauptgrund zur richtigen Stellung der Diagnose lag darin, dass die Geschwulst Schluckbewegungen, beziehungsweise die Bewegungen des Kehlkopfes nicht mitmachte.

739. ***Ueber die Anwendung von Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen.*** *Von Dr.* ***Emanuel****, Berlin. (Therap. Monatsh. Bd. V, pag. 608. — Schmidt's Jahrb. 1892. 6.)*

Verf. verabfolgte das Hydrastinin nicht subcutan, sondern peros, und zwar meist in Gelatinekapseln, welche je 0·025 Hydrastinin enthielten. Den Pat. wurden gewöhnlich 12 dieser Kapseln gegeben mit der Weisung, täglich 4 Stück zu nehmen und bei etwaigem Aufhören der Blutung das Mittel auszusetzen. Meist genügten 8, oft auch nur 6 Kapseln zum Stillen der Blutung; in denjenigen Fällen, in welchen 12 Kapseln keine Wirkung erzielt hatten, half auch eine weiter fortgesetzte Darreichung des Mittels nichts. Im Gegensatze zu *Falk* wurde das Mittel vom Verf. erst gegen die bereits aufgetretene Blutung gegeben, wenn eine Menstruation durch die Intensität oder Dauer die Blutung atypisch wurde, oder eine Uterusblutung ausserhalb der Menstruation auftrat; auf eine prophylactische Wirkung des Mittels wurde verzichtet. Im Ganzen wurden 48 Frauen mit Hydrastinin behandelt; bei 26 kamen die Blutungen in den nächsten 24—36 Stunden zum Stehen, „ein Resultat, welches mit den bis jetzt bekannten medicamentösen Mitteln nicht erreicht worden ist". Bei den 48 Frauen war die Blutung 12mal durch Erkrankung der Adnexe, 21mal durch Endometritis, 4mal durch Myome, 11mal durch congestive Zustände verursacht. Nach Verf. scheint das Hydrastinin nur die Musculatur der kleinen Gefässe der Mucosa in Contraction zu versetzen.

740. ***Fünf Fälle von Ischias scoliotica.*** *Von Dr.* **Higier**, *Warschau. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 27.)*

Vor 6 Jahren stellte *Albert* diese neue Erkrankungsform, die Complication der Ischias mit einer Scoliose, auf, die bis dahin nirgends Beachtung gefunden hatte. Seit dieser Zeit sind von verschiedenen Seiten einschlägige Fälle beobachtet und (so von *Nicoladoni, Schädel, Grohen* etc.) publicirt worden. Zur Erklärung des Entstehens der Scoliose sind verschiedene Hypothesen aufgestellt worden. Alle beruhen darauf, dass die Ischias nicht immer auf einer functionellen Störung beruhen, sondern auch häufig als Folge von Schwellung und Hyperämie des Perineuriums auftreten kann. Da nun der Plexus ischiadicus aus den drei ersten Sacral- und dem fünften Lumbalnerven gebildet wird, und da der Sitz der Erkrankung am Nerven nicht immer peripher, und wie man früher annahm, am Foramen ischiadicum majus sein muss, sondern öfters der im Becken liegende Antheil des Ischiadicus erkrankt ist, ergibt sich ungezwungen die Erklärung einer scoliotischen Verkrümmung der Wirbelsäule, die der Patient deshalb annimmt, um die schmerzhafte Stelle des Nerven zu entlasten. Verf. bringt in der Arbeit fünf neue, gut beobachtete Fälle von in Begleitung von Ischias aufgetretener Scoliose. *Rochelt.*

741. ***Ueber Elfenbeinzapfen als Mittel der directen Befestigung von Knochenfragmenten.*** *Von* **J. Gaudard.** *Dissertat., Aarau 1892. (Centralbl. f. Chir. 1892. 27.)*

Die unter der Leitung *Bircher's* in Aarau verfasste Arbeit liefert einen interessanten Beitrag zur Einheilung von Fremdkörpern, speciell zur Transplantation von Elfenbeinzapfen oder Cylindern als Ersatz des fehlenden Knochens. Als Beweis, wie gut aseptische Fremdkörper vertragen werden, führt Verf. einen Fall an, bei dem nach Amputation des Oberschenkels und reichlicher Auslöffelung des Knochenmarkes eine ziemlich grosse Gazecompresse in der Knochenhöhle zurückblieb, die sich erst nach einem Jahre meldete. Im Vertrauen auf solche Antisepsis hat *Bircher* seine zahlreichen Elfenbeintransplantationen unternommen, zum Theile mit sehr gutem Erfolge. In 28 Fällen von frischen complicirten Fracturen verband er die Knochenfragmente in der auch anderwärts üblichen Weise durch Einlassen eines Elfenbeinzapfens in die Markhöhlen und erzielte in 24 Fällen Heilung. Allerdings musste von sämmtlichen 35 Fällen, in denen noch diejenigen der Pseudarthrosen und diejenigen enthalten sind, bei denen der Elfenbeincylinder zur Unterstützung des vorhandenen Periosts angewandt wurde, 16mal zur Extraction des Fremdkörpers geschritten werden, was aber nie die vollständige Consolidation beeinträchtigte. Einen interessanten Versuch, bei vorhandenem Perichondrium die Restitution der Kehlknorpel zu erzielen, hat *Bircher* noch unternommen, aber, wie sich erwarten liess, erfolglos. Es handelt sich um einen Fall von Zerquetschung des Kehlkopfes durch ausserordentlich starke Gewalten. Tracheotomie. Etwa ein Vierteljahr nach dem Unfalle findet man den Kehlkopfknorpel vollkommen zerbrochen und den Innenraum verlegend. Die Knorpelstücke wurden entfernt, vom Kehlkopf blieb nur noch der obere Theil des Schildknorpels mit den Stimmbändern und ein Theil der hinteren Wand. An Stelle des fehlen-

den Kehlkopfgerüstes wurde ein Elfenbeincylinder eingefügt, durch welchen Pat. vorzüglich athmen und sprechen konnte, so dass die Trachealcanüle entfernt wurde und die Elfenbeincanüle mit Seidenfäden am Halse fixirt wurde. Aber schon nach acht Tagen wuchsen die Granulationen in die untere Oeffnung hinein, so dass der Elfenbeincylinder entfernt und eine gewöhnliche Phonationscanüle eingesetzt werden musste. Auch in der Folgezeit zeigte sich keinerlei Knorpelneubildung von dem erhaltenen Perichondrium aus.

742. ***Die galvanische Behandlung parametritischer Exsudate.*** *Von* **Edward Sanders,** *New-York. (Amer. Journ. of obstetr. Märzheft 1892, pag. 289.)*

Behandelt man parametritische Exsudate mit dem constanten Strome, so erhält man sehr gute Resultate. Ausgenommen aber sind Fälle von gleichzeitiger Erkrankung der Ovarien oder Tuben, oder solche, in denen gleichzeitig ein Eiterherd da ist. Die Galvanisation, die vorgenommen wird, ist die vagino-abdominale, nicht die utero-abdominale. Letztere ist viel schmerzhafter und weniger wirksam, da hierbei die active Elektrode dem parametritischen Krankheitsherde nicht so nahe liegt, wie bei der vagino-abdominalen Application des constanten Stromes. Positiv ist die active, in der Vagina liegende Elektrode nur dann, wenn es sich darum handelt, die Schmerzen zu beheben. Hierzu genügen wenige (zwei bis drei) Sitzungen, worauf man als active Elektrode den negativen Pol benützt, um mittelst seiner die Resorption des Exsudates zu beschleunigen. Die Stromstärke, die verwendet wird, ist nicht geringer als 75 und nicht höher als 150 Milli-Ampères. Je nach der Stromstärke schwankt die Sitzungsdauer zwischen 3—8 Minuten. Anfangs wird die Sitzung 2—3mal per Woche abgehalten, späterhin seltener. Frische Fälle benöthigen in der Regel nur einige Wochen, bei alten Fällen dauert dagegen die Behandlung einige Monate. Die Behandlung wird ambulatorisch vorgenommen, doch muss die Kranke nach der Sitzung eine Stunde ruhig liegen. Die Vaginalelektrode wird vom Vaginalgewölbe aus an den Krankheitsherd angelegt. Nach der Sitzung wird die Vagina desinficirt und kommt in ein Jodoformwattetampon. Zum Schlusse seiner Arbeit theilt Verf. 5 Fälle mit, in denen er mittelst seiner Behandlung vollständige Heilung erzielte. In einem dieser Fälle, der gonorrhoischen Charakters gewesen, war früher die Adnexexstirpation an der einen Seite erfolglos vorgenommen worden und wurde die Kranke erst auf dem Wege der elektrischen Behandlung der vollkommenen Genesung zugeführt. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

743. ***Nasales Asthma, mit circumscriptem Hautödem wechselnd.*** *Von Dr.* ***L. Rethi****, Wien. (Arch. internat. de Rhin., Laryng. etc. 1892. April. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. Juni.)*

Ein- bis zweimal wöchentlich, regelmässig um Mitternacht auftretende, kurz andauernde, unmittelbar vor und während der Menstruation zu ausserordentlicher Heftigkeit ansteigende Asthma-

anfälle bei einem 22jährigen, nervös beanlagten Mädchen. Wechselndes Verstopftsein beider Nasengänge je nach Lage der Kranken überhaupt, beiderseitige Verstopfung und wässerige Absonderung während des Asthmas. Hierauf folgend: circumscripte, ödematöse, etwa 6 Stunden persistirende Hautanschwellung an den Handrücken und dem rechten Oberschenkel. Galvanocaustische Beseitigung der Schwellkörper der unteren Nasenmuscheln. Heilung. — Verf. ist der Ueberzeugung, dass im vorliegenden Falle Asthma und Oedem (ähnlich wie in den Fällen von *Raynaud*, *Brigault*, *Unger* und *Dubrousquet-Laborderie*, wo Asthma mit Urticaria coincidirte) als Reflexerscheinungen der Nasenaffection zu gelten hatten und durch Heilung dieser zum Schwinden gebracht wurden.

744. ***Acute transitorische Blindheit nach Keuchhusten.*** *Von Dr.* ***G. W. Jacoby****. (New-York med. Journ. 1891. Sept. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1892. Juni.)*

Verf. beobachtete bei zwei Kindern vorübergehende Erblindung während eines Keuchhustens. Bei dem ersten, einem 6jährigen Mädchen, fand sich ophthalmoskopisch beiderseits eine Neuritis optica, ohne Hämorrhagien der Papille. Schon nach zwei Tagen setzte die Besserung ein; nach acht Tagen war nichts Abnormes mehr zu sehen. Das zweite Kind, ein 8jähriger Knabe, erkrankte während eines Keuchhustens an heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen. Er wurde in ein dunkles Zimmer gebracht und hier drei Tage hindurch mit Eisumschlägen auf den Kopf behandelt. Schon während dieser drei Tage erblindete der Knabe völlig und blieb auch weitere fünf Tage im Hellen blind, bis eine plötzliche Wendung zum Bessern eintrat, welche in weiteren vier Tagen eine völlige Restitution der Function herbeiführte.

745. ***Die Tracheotomien.*** *Von* ***A. Baginsky*** *und* ***Th. Gluck****. (Arch. f. Kinderhk. Bd. XIII. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 20.)*

In den Isolirpavillon für Diphtherie des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Krankenhauses wurden im ersten Jahre seiner Benützung 244 Kranke aufgenommen, von denen 68 tracheotomirt werden mussten. 54mal wurde die Tracheotomia superior, 14mal die Tracheotomia inferior ausgeführt. Das Heilungsprocent schwankte in den einzelnen Monaten zwischen 100 und 12·5 und betrug im Mittel 33·8. Die Monate mit relativ wenig Tracheotomien hatten im Allgemeinen die ungünstigste Heilungsziffer; die Schwere der Erkrankung, welche es hier relativ selten bis zur Tracheotomie kommen liess, trübte auch noch nach der Operation die Prognose. Von 13 in den ersten zwei Lebensjahren operirten kam nur 1 Kind durch, von 29 Kindern des 3. Lebensjahres hingegen 10, von 34 Kindern des 4.–9. Lebensjahres 12. Die Tracheotomien wurden meist am 3.—5. Tage der Erkrankung nöthig, das Décanulement fand durchschnittlich 66 Tage nach der Operation statt und hatte in einem genauer beschriebenen Falle (Cricotomie) besondere Schwierigkeit. Die Krankheitsdauer der geheilten Fälle war durchschnittlich 4 Wochen; zwei Drittel der Todesfälle erfolgte vor dem dritten auf die Operation folgenden Tage. 25 der operirten Kinder starben an descendirendem Croup und Bronchopneumonie; 10mal war die Nephritis wesentlich mitwirkende Todesursache, 9 tödtliche Fälle verliefen mit schweren septischen Symptomen,

4 mit gleichzeitiger starker Infiltration des Halszellgewebes, 7mal waren ausgedehnte Lähmungen, 2mal Diphtherie der Trachealwunde, 4mal complicirende Pleuropneumonie, 1mal Complication mit Scharlach, 1mal Herzlähmung als Todesursache anzuschuldigen.

746. ***Implantation künstlicher Zähne.*** *Von Dr.* **Znamensky**, *Moskau. (Deutsch. Monatsschr. f. Zahnhlk. 1891. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 43.)*

Während man davon zurückgekommen ist, menschliche Zähne — sei es frisch gezogene, sei es, dass man sie der Leiche entnahm — als Ersatz für fehlende Zähne in die betreffende Alveole einzupflanzen, weil eben nur ein zeitlicher Erfolg erzielt wurde, indem die Wurzel des implantirten Zahnes der Resorption unterlag, ist es Verf. gelungen, künstliche Zähne (aus Porzellan oder Metall) einzuheilen. Es kommt nur darauf an, dass der künstliche Zahn, sowie auch die Alveole auf's Sorgfältigste aseptisch gemacht werden. An der Wurzel des Zahnes werden kleine Einschnitte, ähnlich wie Widerhaken, angebracht, die nicht nur mechanisch dem Zahne eine gewisse Festigkeit in der Alveole sichern, sondern auch die Möglichkeit bieten, dass in den zwischen ihnen befindlichen Zwischenräumen Granulationsgewebe sich einnistet, welches später verknöchert und den Zahn festhält. Eine Resorption der aus Porzellan, Glas oder Metall hergestellten Wurzel ist ausgeschlossen und somit auch eine spätere Lockerung des implantirten Zahnes. Das Experiment am Kiefer von Hunden gelang vollständig und Verf. hat, bis jetzt allerdings erst einmal, auch am Menschen sein neues Verfahren erprobt und ein vollständig festes Einwachsen des künstlichen Zahnes erzielt.

747. ***Ueber Otitis media acuta migrans.*** *Von Dr.* **Sigm. Szenes**, *Budapest. Vortrag bei der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. (Pest. med.-chir. Presse. 1892. 24.)*

Bei genauer Beobachtung des Verlaufes von Krankheitsfällen finden sich immer solche, die man trotz der conventionellen Classificirungen nicht immer ganz gut einreihen kann und daher kommt es, dass man manchesmal für nur ganz wenige Fälle neue Unterarten bilden muss, um eben das Charakteristische derselben hervorheben zu können. Um solche drei Fälle acuter Otitis media handelt es sich nun; deren Verlauf ein ganz anderer war, als wir ihn gewöhnlich zu beobachten pflegen. Im ersten Falle handelte es sich um eine linksseitige suppurative Paukenhöhlenentzündung und drei Tage nach der vollkommenen Restitutio ad integrum trat eine rechtsseitige Paukenhöhlenentzündung auf, wo es jedoch durch energisches Hinzuthun (örtliche Blutentziehung, kalte Ueberschläge) zu keiner Suppuration kam. Im zweiten Falle war die Paukenhöhlenentzündung zuerst rechterseits aufgetreten, führte zu keiner Suppuration und drei Tage nach vollkommener Genesung des rechten Ohres trat derselbe Process auf dem linken Ohre auf, wo es jedoch ebenfalls zu keiner Eiterung gekommen war. Im dritten Falle endlich handelte es sich beiderseits um eine acute suppurative Paukenhöhlenentzündung, welche zuerst am rechten Ohre aufgetreten war und abermals drei Tage nach der vollständigen Heilung entwickelte sich derselbe Process am linken Ohre. Mithin stimmen alle drei Fälle darin überein, dass die Entzündung der

Paukenhöhle zuerst das eine Ohr befiel und nachdem hier der ganze Process abgelaufen war, stellte sich derselbe nach Verlauf weniger Tage, welche Verfasser als Prodromaldauer der zweiten Erkrankung ansehen möchte, auch im anderen Ohre ein. Bisher liess sich noch keine Erklärung für die statistisch bewiesene Thatsache finden, warum sowohl acute, als auch chronische Paukenhöhlenentzündungen vorwiegend einerseits gefunden werden, wenn auch beide Ohren oft ein und derselben Noxe ausgesetzt waren. So viel lehrte jedoch die Erfahrung, dass beiderseitige Processe in den meisten Fällen zu gleicher Zeit oder aber nur nach kurzer Zwischenzeit (einige Stunden, höchstens 1 – 2 Tage) aufzutreten pflegen. Die Ursache, weshalb in den erwähnten Fällen das eine Ohr an demselben Processe erst nach vollkommener Genesung des anderen Ohres erkrankte, kann Verfasser derzeit nicht erklären und muss er sich diesmal blos auf eine Erwähnung der objectiven Thatsache beschränken. Per analogiam seltener Pneumonieformen hat Verf. den Krankheitsprocess als Otitis media acuta migrans hingestellt, denn ebenso wie bei den sogenannten wandernden Pneumonien die Entzündung einen Lungenbezirk ergreift und nach kürzerem oder längerem Bestande und Ablauf derselben einen zweiten, manchmal recht weit entlegenen Lungenabschnitt befällt, finden wir auch hier, dass derselbe Process nach vollkommenem Verlaufe auf das andere Ohr hinüberwanderte.

Dermatologie und Syphilis.

748. ***Wie sollen syphilitische Kinder auferzogen werden?*** *Von Dr.* ***Nicolle.*** *(L'Union méd. 1892. 2. Febr.)*

Nach Verf. soll ein hereditär syphilitisches Kind durch seine eigene Mutter gesäugt werden, und wenn dies nicht möglich ist, durch eine syphilitische Amme. Sind beide Fälle unmöglich, dann thut man gut, für die ersten vier Lebensmonate das Kind direct die Milch der Warze einer Eselin entnehmen zu lassen. Die Eselinmilch kann später durch Kuhmilch ersetzt werden. Ist man gezwungen, Kuhmilch von Anfang an zu geben, so ist dies stets eine mangelhafte Ernährungsart, und Verf. empfiehlt vom 6. bis 8. Monat angefangen bis zum 16. Lebensmonat, wenn möglich, die Ernährung mit dem Euter entnommener Gaismilch. Zugleich Behandlung mit Liquor *van Swieten*, 15—20 Tropfen täglich, entsprechend dem Alter des Kindes und der Intensität der Krankheitserscheinungen. Grosse Sorgfalt soll den hygienischen Massnahmen — Bäder, Aufenthalt in frischer Luft — gewidmet werden.

—*r.*

749. ***Zur Entfernung von Sommersprossen, Linsenflecken, Chloasma.*** *Von Dr.* ***Saalfeld.*** *(Therap. Monatsh. 1892. — Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1892. 13.)*

Zur Behandlung der erwähnten Pigmenthypertrophien empfiehlt Verf. folgende etwas eingreifende Massnahmen. Es kommen Mittel in Anwendung, welche eine zerstörende Wirkung auf die Epidermis ausüben, z. B. das Sublimat. Man legt auf die betreffenden Stellen des Gesichts Mullcompressen, die mit 1procentiger Sublimatlösung

getränkt sind (gelöst in gleichen Theilen Alkohol und Wasser); dieselben werden 4 Stunden lang feucht erhalten. Die sich bildenden Blasen werden alsdann vorsichtig aufgestochen und die Haut mit einem indifferenten Poudre bestreut. Nach ungefähr einer Woche ist die Dermatitis geheilt und die neue Epidermis ist weiss, pigmentlos. Eine ähnliche Wirkung lässt sich durch Auflegen von Sapo kalinus erzielen. Ein milderes Schälmittel sind 30- bis 50procentige Schwefelsalben mit 5—10 Procent Natron, die während einiger Nächte bis zum Eintritt einer stärkeren Reizung aufgetragen werden. Ebenso kann man folgende Salbe benützen:

Rp. *Hydrarg. praecip. alb.,*
Bismuth. subnitr. aa. 2·5,
Ol. olivar. 1·0,
Ungt. Glycerini 4·0

oder eine Naphtholpaste,

β-Naphthol 5·0—10·0,
Zinc. oxydat.,
Amyli aa. 12·5,
Vaselin. flav. ad 50·0.

Diese letztere Paste wird auch bei chronischer Dermatitis, besonders bei lupösen Processen, benützt (z. B. von *Lassar*), um eine acute Entzündung und folgende Abschälung der Haut zu erzielen, die die chronischen Processe sehr günstig beeinflusst.

750. ***Zur Behandlung von Verbrennungen.*** *Von Dr.* ***K. A. Bardeleben.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 23.)*

Nach günstigen Erfahrungen auf der Abtheilung des Prof. *Hahn* am städtischen Krankenhause in Friedrichshain bei Berlin empfiehlt Verf. die Anwendung des typischen Wismuthtrockenverbandes bei Verbrennungen. Bei den früheren Versuchen wurden die verbrannten Stellen nach gründlicher Säuberung mit Carbol- (3 Procent) oder Salicyl- (3 pro Mille) Säurelösungen abgespült. Sublimat wird wegen der grossen Schmerzhaftigkeit vermieden. Sodann erfolgt nach vollständiger Entfernung etwa vorhandener Blasen und ihres Inhaltes unter antiseptischen Cautelen eine ausgedehnte Einpuderung der gesammten verbrannten Fläche mit Magisterium Bismuthi subtilissime pulverisatum. Darüber Verband mit *Bruns*scher Watte, welche eventuell bei späterer Durchtränkung, ausgenommen die unterste Lage, erneuert wurde, um dauernd einen Abschluss der Luft gegenüber herzustellen. Nach verschiedenen Versuchen, diese Methode zu vereinfachen und eine beschleunigte Anwendung zu ermöglichen, kam man zuletzt darauf, Binden herzustellen, welche mit Wismuth und Amylum zu gleichen Theilen bestreut werden; das Amylum bewirkt das Haften des Pulvers an den Binden, ohne der antiseptischen Wirkung des Wismuth Eintrag zu thun. Mit Hilfe solcher vorräthig gehaltener Binden kann man jederzeit sehr rasch und ohne besondere Assistenz den Verband anlegen. Lassen sich auch bei den zur Anlegung des Verbandes und zur vorgängigen Säuberung der Brandflächen nöthigen Massnahmen die Schmerzen nicht umgehen, so hat der Verband doch den grossen Vorzug, dass er lange, mindestens 8—14 Tage, selbst vier Wochen liegen bleiben kann, wodurch der häufige schmerzhafte Verbandwechsel vermieden wird; wenn er aber nöthig wird, so ist

dies zu einer Zeit der Fall, wo die Empfindlichkeit der wunden Fläche wesentlich abgenommen hat. Nach Verf.'s Erfahrungen liessen die Schmerzen nach Anlegung des Verbandes sehr bald nach. Grosse Verbände wurden behufs des Verbandwechsels gewöhnlich im warmen Bade durchweicht und abgenommen. Bei Verbrennungen im Gesicht wurde von einem grossen Verband Abstand genommen. Man beschränkte sich darauf, zu desinficiren, die Blasen zu eröffnen und die verbrannten Stellen mit Wismuth einzupudern. Die hierdurch entstehenden Borken wurden nach 8—14 Tagen mit Hilfe von Salbe abgelöst, unüberhäutete Wundflächen mit Argentum nitricum zur Heilung gebracht. Wenn Transplantationen nach *Thiersch* erforderlich waren, so wurde auch hier der Wismuthverband angewendet. Nach Abnahme des ersten Verbandes traten unter geeigneten Verhältnissen an die Stelle des Wismuthverbandes Salbenverbände, wozu sich das Boroglycerinlanolin gut eigne. Bei Verbrennung mit chemischen Mitteln, Säuren, Alkalien, wurden diese zunächst zu neutralisiren versucht durch Kalkwasser, bezw. Essig; und dann kam der Wismuthverband in Anwendung. Narbenwucherungen wurden durch operative Eingriffe und die üblichen Heftpflasterdruckverbände zu beseitigen gesucht. Bei Verbrennungen in der Nähe von Gelenken wurden alsbald Bewegungen und Massage vorgenommen.

751. ***Späte Augensymptome der Syphilis.*** *Von* ***Ch. Abadie.*** *Vortrag in d. franz. Gesellsch. für Dermatol. u. Syphilis. 1892. April. (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 56.)*

Verf. macht auf späte Läsionen syphilitischen Ursprunges aufmerksam, welche in den tiefen Membranen des Auges auftreten, ohne eine äussere Reaction zu zeigen, so dass nur die ophthalmoskopische Prüfung die Diagnose möglich macht. Das sind Chorio-Retinitiden, welche bald in Form kleiner Herde in der Gegend der Macula auftreten als weissliche Flecke, als Flecke mit Pigmenthaufen an den Rändern, bald als grosse Plaques, welche fast den ganzen Augenhintergrund einnehmen. Ihre Entwicklung ist sehr langsam. Sie können entlang dem intraocularen Ende des Nervus opticus sich fortsetzen und die Atrophie der Papille herbeiführen. Eine allgemeine Behandlung ist wirkungslos; dagegen lassen sie sich günstig modificiren durch subconjunctivale Injectionen von Sublimat. Nach Cocainisirung des Auges injicirt man unter die Conjunctiva mit vollkommen sterilisirter *Pravaz*'scher Spritze einen Tropfen einer $^1/_{1000}$ Sublimatlösung. Diese Injectionen werden gut vertragen und können jeden 2. Tag wiederholt werden.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

752. ***Beitrag zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans.*** *Von* ***H. Koller.*** *(Virchow's Arch. Bd. CXXV. Heft 2. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 27.)*

Verf. hat das Centralnervensystem, sowie Stücke von peripheren Nerven und Ganglien des Sympathicus von 3 ausgesprochenen

Fällen von Paralysis agitans untersucht. In allen Fällen war die Rindenschicht des Rückenmarkes beträchtlich verdickt. Verf. sieht in dieser Verdickung, eben so wie in der Obliteration des Centralcanales mit Recht nur eine senile Veränderung. Dagegen hält er eine eigenthümliche Gefässveränderung, welche sich durch Verdickung der Wandung auszeichnet, für ein pathologisch-anatomisches Charakteristicum der Paralysis agitans. Diese Verdickung der Gefässwände beruht auf einer Erkrankung der perivasculären Zone. Sie präsentirt sich als eine körnige Masse, welche durch ihre röhrenförmige Anordnung um die Gefässe eine Verdickung der Wand derselben vortäuscht und, sich in die Spalten zwischen den Nervenfasern hineindrängend, die Gefässwand zackig und gezahnt erscheinen lässt. Sowohl an Längs- wie an Querschnitten zeigt diese die adventitiellen Scheiden ausfüllende Masse ein körniges Aussehen. Sie kann also mit den sehr ähnlichen Befunden bei multipler Sclerose nicht identificirt werden. In allen 3 Fällen fand sich auch vereinzelt partielle oder totale Gefässverstopfung. Auffallend war im dritten Falle, namentlich im Pons, in den Hirnschenkeln und in der Grosshirnrinde eine Anhäufung von leukocytenähnlichen Zellen in der Nähe der Gefässe. Die oben erwähnten Gefässveränderungen waren am ausgesprochensten in den Hintersträngen des Hals- und Lendenmarkes. Ein Schwund von Nervenfasern liess sich nirgends feststellen, wohl aber eine eigenthümliche sternartige Configuration des Markes einzelner Nervenquerschnitte. In der stärkeren Erkrankung der Hinterstränge sieht Verf. eine Uebereinstimmung mit dem vorwiegend sensiblen Charakter der im Beginne der Erkrankung sich zeigenden Erscheinungen.

753. ***Ueber die Bedeutung des Alkohols als Eiweisssparer in der Ernährung des gesunden Menschen.*** *Von* ***K. Miura.*** *(Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XX, pag. 137. — Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 29.)*

Verfasser hat auf Anregung *v. Noorden's* an sich selbst die Frage experimentell geprüft, inwieweit der Alkohol im Stande ist, andere Eiweisssparmittel, speciell Kohlenhydrate, in der Nahrung zu ersetzen. Er setzte sich bei den einen Versuchen mit eiweissarmer, bei den anderen mit eiweissreicher Kost in annäherndes Stickstoffgleichgewicht (Vorperiode), ersetzte dann für vier Tage eine gewisse Menge Kohlenhydrate durch isodyname Mengen Alkohol (Alkoholperiode), nahm dann wieder einige Tage die anfängliche Kost, bis das Stickstoffgleichgewicht sich wieder hergestellt hatte (Nachperiode), und liess in einer vierten (Control-) Periode nochmals einige Tage die gleiche Menge Kohlenhydrate weg, ohne aber Alkohol dafür eintreten zu lassen. Was jetzt an Eiweiss mehr zerfiel, als in der Alkoholperiode, musste in dieser durch den Alkohol gespart worden sein. Ein Vergleich des mit der Nahrung zugeführten mit dem durch Urin und Koth ausgeschiedenen Stickstoff ergab nun, dass mässige Mengen Alkohol weder bei eiweissarmer, noch bei eiweissreicher Kost im Stande waren, den eiweisssparenden Effect der Kohlenhydrate zu ersetzen. Auch nach Weglassen des Alkohols und Ersatz durch Kohlenhydrate blieb der Eiweisszerfall noch für 1—2 Tage erhöht. Diese Nachwirkung ist bei eiweissarmer Kost ausgeprägter, und Verf. ist geneigt, sie

aus einer nachtheiligen Wirkung des Alkohols auf das Protoplasma zu erklären. Der Alkohol würde dann als ein ähnliches Protoplasmagift anzusehen sein, wie z. B. das Chloroform. Wenn trotzdem fortgesetzter Alkoholgebrauch den Eiweissbestand eines Menschen nicht sichtlich schädigt, so dürften wohl, ähnlich wie bei fortgesetztem Arsenikgebrauch, die Körperzellen durch die Gewöhnung eine Art Immunität gegen das Gift erlangen. *v. Noorden* und *Stammreich* hatten, wenigstens bei eiweissreicher Nahrung, eine gewisse, eiweisssparende Wirkung des Alkohols gesehen. Verf. glaubt diese Differenz daraus erklären zu können, dass jene einmal das weniger eiweisssparende Fett durch Alkohol ersetzten und zweitens eine fettreichere Versuchsperson, die dauernd zu Bett lag, zu den Versuchen verwandten. Bei Fettreichen ist der Eiweissbestand besser geschützt, und ein Nachtheil durch Eintritt von Alkohol in die Nahrung für Fett kann daher leichter verborgen bleiben. Bei mageren Personen hingegen, wie in den Versuchen *Miura's*, ist der Eiweissbestand ein viel labilerer und reagirt daher auf Eingriffe auch feiner.

754. ***Zur Diagnostik der polycystischen Nierenentartung.*** *Von Prof.* **B. Stiller**, *Budapest. (Berliner klinische Wochenschr. 1892. 10.)*

Am Schlusse eingehender Erörterung gibt Verf. folgende Anhaltspunkte zur Diagnose der polycystischen Geschwulst der Niere. Ist einmal ein Nierentumor festgestellt, so handelt es sich um die pathologische Diagnose desselben. Am nächsten liegt dann meist der Verdacht eines bösartigen Neugebildes. Fast in allen Fällen mit klinisch nachgewiesener Geschwulst wurde in der That diese Diagnose gemacht. Ausschliessen werden wir das Carcinom nur in denjenigen Fällen können, wo entweder der Tumor nachweislich schon seit so langer Zeit besteht, oder wo das Aussehen und die Ernährung des Kranken bei grosser Geschwulst noch immer ein unverdächtiges bleibt, was sogar vorwiegend der Fall zu sein pflegt. Auch das Alter des Patienten ist dabei zu verwerthen; jüngeres Lebensalter spricht gewöhnlich gegen Carcinom; höheres Lebensalter spricht keineswegs gegen Cystenniere. Es muss eine Eiterniere ausgeschlossen werden, was manchmal ohne Schwierigkeit geschehen kann, wenn bei zugänglicher Anamnese die möglichen Quellen der Eiterniere, wie Calculose, Tuberculose, langwierige Blasen- und Nierenbeckenleiden, excludirt werden können. Der Verlauf der Cystenniere ist in der That meist ein so symptomenloser, dass diese Processe in der Geschichte des Falles fehlen. Bei wie gewöhnlich sehr bedeutender Grösse des Tumors und bei nachweislich jahrelangem und fieberlosem Bestande desselben schliesst sich die Eiterniere von selbst aus. Bei sehr grosser Geschwulst werden aber selbst Zeichen von Nephrolithiasis, Cystopyelitis oder Tuberculose anderer Organe die Cystenniere nicht ausschliessen, da diese Processe in seltenen Fällen auch mit derselben vorkommen können. Nun hat Ausschliessung der grossen Sacknieren, also der Hydro- und Pyonephrose, des Echinococcus und der seltenen grossen Cystome, durch Agnoscirung eines soliden Tumors oder des Mangels allgemeiner oder partieller Fluctuation zu folgen. Die seltenen Fälle, dass Hydronephrosen durch zu grosse Spannung

ihres Inhaltes ihrer Fluctuation verlustig werden, sind höchstens als grosse Ausnahmen zu berücksichtigen; bei Nierenechinococcus von erheblicherer Grösse findet nach Verf. diese Ausnahme nie statt. Plötzliches Auftreten von Urämie oder Anurie bei Individuen, die früher keine Zeichen einer chronischen Nierenerkrankung boten, verbunden mit dem Befunde eines grossen Nierentumors, wird begründeten Verdacht auf Cystennieren erregen. Bei Vorhandensein mehrerer einschlägiger Momente wird die Doppelseitigkeit des Tumors, ein bisher seltener Befund am Krankenbette, stark zu Gunsten der polycystischen Entartung in die Wagschale fallen. Was die Qualität des Harnes betrifft, so ist bei aller Inconstanz derselben doch ein reichlicher und dünner Harn mit spärlichem Eiweissgehalte nach Verf. noch immer der häufigste Befund, entsprechend den meist cirrhotischen Veränderungen, welche die zwischen den Cysten verkümmernde Nierensubstanz erleidet. In ganz vorgerückten Stadien ist der Harn auch vermindert. Zu verwerthen ist dieser Harn aber erst in zweiter Linie, wenn schon durch cardinalere Zeichen eine Grundlage für die Diagnose gewonnen ist. *O. R.*

755. ***Ueber die Einwirkung des Tuberculins auf die Gallenfarbstoffbildung.*** *Von* ***G. Hoppe-Seyler.*** *(Virchow's Arch. Bd. CXXVIII. — Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 25.)*

Verf. knüpfte seine Untersuchungen an die auch von anderer Seite mehrfach gemachte Erfahrung an, dass nach Tuberculininjection manchmal ein leichter Icterus auftrat. Er fand in solchen Fällen einen vermehrten Urobilingehalt des Harnes, ohne dass Bilirubin darin war. Nach dem alten Schema wäre das also ein Urobilinicterus. Jedoch erstreckten sich Verf.'s Untersuchungen auch auf die Fäces und da fand er gleichfalls vermehrten Urobilingehalt. Er schliesst hieraus offenbar mit Recht, dass die Ursache des ganzen Symptomencomplexes eine Polycholie war. Aus ihr ergab sich einerseits mangelhafter Abfluss der Galle, Uebertritt von Bilirubin in's Blut, Icterus, andererseits vermehrter Zufluss von Galle zum Darm, Reduction des Farbstoffes daselbst, vermehrte Urobilinausscheidung durch Harn und Fäces. Bei dieser Deutung berührt es zunächst seltsam, dass zu gleicher Zeit Stauung von Galle und vermehrter Abfluss in den Darm stattfinden soll. Doch ist das kein Widerspruch, da man im Thierexperiment nach manchen Giften die Gallenfarbstoffsecretion so bedeutend anwachsen sah, dass trotz theilweiser Stauung in den Darm mehr Galle als normal abfloss. Auf diese Thierexperimente offenbar baut Verf. den weiteren Schluss, dass die Polycholie einer blutkörperchenzerstörenden Eigenschaft des Tuberculins ihre Entstehung verdanke.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

756. ***Diplobacille pathogène de la grippe.*** *Von* ***Teissier, G. Roux*** *und* ***Pitiou.*** *(La Méd. moderne. 1892. Avril.)*

In der „Académie de science" hat *Bouchard* Arbeiten der im Titel genannten Verff. in Bezug neuerer mikroskopischer Befunde bei der Grippe (Influenza) vorgelegt, aus welchen wir folgende

Thatsachen mittheilen. Schon im Monat März 1891 haben die Verff. bei der Influenza einen bisher unbekannten neuen Mikroorganismus gefunden, welcher bei intravenöser Injection beim Kaninchen die Symptome der Influenza producirte. Seit dieser Zeit haben die Verff. diesen Parasiten bei vielfachen Gelegenheiten wieder gefunden, mit demselben viele Versuche angestellt, die folgendes Resultat gaben: Wenn bei einem Grippekranken im Stadium der febrilen Invasion man im peptonisirten Fleischbouillon einen Tropfen Blut des Kranken einimpft, den Bouillon in einer Trockenkammer von 37° hält, so kann man in demselben nach 36—48 Stunden Gruppen von kleinen, kurzen, unbeweglichen Kettchen finden, die Streptococcen ähnlich sind. Seit October haben die Verff. aber auch noch andere Organismen entdeckt und mit dem Streptococcus associirt als isolirte Diplobacillen. Dieselben sind an frischen Präparaten deutlich sichtbar und ähneln ganz denjenigen Organismen, die Tags vorher im Urin gefunden wurden, nachdem das Blut selbst seine Fertilität eingebüsst, dafür aber der früher sterile Urin fertil wurde. In der weiteren Untersuchung und Beobachtung konnten die Verff. constatiren, dass gelegentlich der febrilen Defervescenz und bei rascher Abnahme der Milzschwellung der Urin fertil wurde und Culturen entstanden, die kurze Bacillen präsentirten, fast Coccen ähnelten, in Gruppen von 2 zu 2 standen, von einem durchsichtigen Hals umgeben waren, wenn das Präparat nicht gefärbt wurde. Die Diplobacillen trieben Sporen, und die mit diesen eingeimpfte Bouillon reagirte auffallend virulent. Die Verff. können sich noch bestimmt darüber aussprechen, ob diese beiden Formen eine blosse mikrobische Association ist. Sie glauben aber aus Versuchen im Glase zu schliessen, dass es sich mehr um sehr stark entwickelte Polymorphie handelt. Diese Polymorphie mag auch die so divergirenden Anschauungen der Bacteriologen bei den ersten Untersuchungen verschuldet haben. Die Thatsache stehe aber fest, dass diese Organismen nur in der Grippe gefunden wurden. *Dr. Sterk,* Wien-Marienbad.

757. ***Ueber Sommerdiarrhoe der Kinder und die zu ihrer Verhütung geeigneten sanitätspolizeilichen Massregeln.*** *Von Dr.* ***Pannwitz.*** *(Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. I. Heft 2.)*

Die Hauptergebnisse der Arbeit werden in folgende Schlusssätze zusammengefasst: 1. Die Sommerdiarrhoe entsteht durch die — bei der üblichen Ernährung der Kinder unvermeidliche — Infection der Milch mit Spaltpilzen. Dieselbe wird begünstigt durch hohe Temperatur und insalubre Wohnungen. 2. Die Sommerdiarrhoe wird verhütet durch Verhinderung der Ernährung mit inficirter Milch und durch Beseitigung des schädlichen Einflusses der Hitze und Wohnungen. 3. Diese Thatsachen sind dem grossen Publicum zu wenig bekannt; die gegen die Krankheit gerichteten Massregeln müssen daher mit der Verbreitung dieser Kenntnisse beginnen. 4. Ausser der Sorge für diese Belehrung des Publicums sind geeignet, die Sommerdiarrhoe zu verhüten: Verbesserung der Säuglingsernährung (Verbreitung des Selbststillens, Regelung des Ammenwesens, Beseitigung des Reclameschwindels, Versorgung mit keimfreier Milch), Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, Regelung

des Haltekinderwesens. 5. Zur einheitlichen Durchführung aller auf die Verhütung abzielenden Massregeln ist es erforderlich, Specialcommissionen mit beschränktem Wirkungskreis zu bilden.

758. ***Untersuchungen über einige den Blutnachweis störende Einflüsse.*** *Von Dr.* **Hammerl.** *(Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 3. Folge. IV. 1.)*

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Durch die Einwirkung des Sonnenlichtes, der Fäulniss, durch Mörtel, Schimmel- und Rostbildung wird der Nachweis des Blutes sichtlich erschwert. Ob und in welcher Zeit er durch diese Einflüsse ganz unmöglich wird, konnte wegen der beschränkten Versuchszeit nicht festgestellt werden. 2. Heisse, trockene Luft verändert das Blut derart, dass der Nachweis nicht mehr gelingt: *a)* mittelst der Ozonprobe (Guajacreaction) bei Erhitzung auf 130 bis 135° C. durch eine Stunde; *b)* mittelst der Darstellung der *Teichmann*schen Häminkrystalle bei einstündiger Einwirkung einer Temperatur von 140—145° C.; *c)* Blutkörperchen, in der Regel schon durch Erwärmung des flüssigen Blutes über 52° C. zerfallend, können vor der Hitzeeinwirkung in dünnen Schichten auf Glas oder Holz angetrocknet, hohe Wärmegrade (bis über 200° C.) überdauern; *d)* der spectralanalytische Nachweis ist am längsten möglich; er gelingt noch bei auf 200° C. durch viele Stunden erhitztem Blute. Eine sichere Grenze für die Leistungsfähigkeit der einzelnen Extractionsmittel lässt sich nicht bestimmen, weil sehr hoch erhitztes Blut für Lösungsmittel wieder lösbar wird, welche bei Einwirkung niederer Temperaturen bereits den Dienst versagt hatten. Am zuverlässigsten wirken Eisessig, concentrirte Salzsäure und concentrirte Schwefelsäure. Die Salzsäure ist zudem ein Reagens, welches spectralanalytisch erkennen lässt, ob Blut sehr hohen Hitzegraden ausgesetzt war. *—r.*

759. ***Ueber die Verwendbarkeit des Aluminiums zur Herstellung von Gebrauchsgegenständen für Nahrungs- und Genussmittel.*** *Von* **Gustav Rapp.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 21.)*

Lübbert und *Roscher* haben auf Grund ihrer Untersuchungen Bedenken über die Verwendbarkeit des Aluminiums in hygienischer Beziehung geäussert. Die Genannten benutzten bei ihren Versuchen Blattaluminium; Verf. verwandte theils gezogene Gefässe aus Aluminium, theils Aluminiumblech von 1 Mm. Dicke. Diese Gefässe wurden je mit verschiedenen Weinen, Bier, Kirschwasser, Kaffee, Milch, Butter, Weinsäure, Gerbsäure, Essigsäure, Borsäure etc. beschickt und unter täglichem öfteren Umschütteln und Rühren 4, 8 und selbst 28 Tage bei Zimmertemperatur in diesem Zustande belassen. Aus der Untersuchung ergibt sich, dass die Einwirkung dieser Stoffe auf das Aluminium innerhalb 1—4 Wochen so gering war, dass von einer Bedenken erregenden Schädlichkeit dieses Metalls kaum die Rede sein kann. Auch glaubt Verf., dass eine Gefahr für die Gesundheit umsoweniger zu besorgen sei, als wir beim Genuss mancher Speisen und Getränke (Trinkwasser) Aluminiumsalze in den Organismus aufnehmen, ohne eine gesundheitsstörende Wirkung wahrzunehmen. Selbstverständlich eignen sich Aluminiumgeräthschaften für die Aufbewahrung von alkalischen

Flüssigkeiten (in welchen das Metall bekanntlich leicht löslich ist) nicht. Ebenso wirken verschiedene Metallsalzlösungen, wie Platin, Quecksilber (Sublimat), Zinn etc. zersetzend auf Aluminium ein. Verf. ist der Ueberzeugung, auch anderweitige Versuche würden ergeben, dass alle Bedenken gegen die Verwendung des Aluminiums zur Herstellung von Gebrauchsgegenständen für menschliche Nahrungs- und Genussmittel schwinden werden.

760. ***Ueber die Verwendung gebrauchter Watte und getragener Kleidungsstücke zur Darstellung von Bekleidungsgegenständen.*** *Von Dr.* **Günther.** *Verhandlungen des X. internationalen Congresses. Bd. V, pag. 159. (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 1892. Juli.)*

Nach des Verf. Ermittlungen besteht die sogenannte „graue Watte" des Handels nicht nur aus Watteabfällen von alten Kleidern, sondern, was viel schwerer wiegt, aus gebrauchter Verbandwatte der Krankenhäuser, die sogar von den Händlern besonders gesucht sein soll. Es wäre dringend zu wünschen, dass gesetzlich die Vernichtung gebrauchter Verbandwatte zur Pflicht gemacht würde, obwohl wir annehmen, dass jeder Krankenhausarzt schon jetzt ein wachsames Auge darauf haben wird. Wenn aber die Versuchung in Gestalt des Händlers dem Personal nahe tritt, so sollte ein gesetzliches Verbot diesen Unfug verhüten. (In Sachsen besteht bereits ein solches.) Auch eine Desinfection anderer gebrauchter Watte sollte vor deren anderweitiger Verwendung gefordert werden oder mindestens eine Färbung in kochender Farblösung angewandt werden, wodurch wenigstens einigermassen den schlimmsten Infectionsgefahren vorgebeugt würde.

761. ***Extrait du Rapport des analyses des denrées alimentaires dans le canton de St. Gall. pendant l'année 1890.*** *Von* **G. Ambrühl.** *(Rev. intern. d. falsf. V. 62. — Hygien. Rundschau. 1892. 8.)*

Wein. Gesundheitsschädliche Weinfälschungen wurden nur sehr selten beobachtet. Aus Algerien importirter Wein erwies sich als sehr stark gegypst, zeigte eine gelbbraune, statt rothe Farbe und schmeckte nach Schwefel, weshalb sein Verkauf verboten wurde.

Druckapparate. Die Sanitätscommission hat die Anwendung jedes gewöhnlichen Druckapparates, der mit atmosphärischer Luft arbeitet, für Biere verboten. Die alten Apparate dürfen, falls sie in gutem Zustande sind, noch zwei Jahre im Gebrauch bleiben, neue derartige Apparate jedoch nicht mehr angeschafft werden. Empfohlen wird die Anwendung von Druckapparaten, die mit comprimirter Kohlensäure arbeiten, und bei denen das Bier nicht durch Kautschukröhren, sondern durch verzinnte Syphonröhren ausfliesst.

Kaffee und Kaffee-Extract. Zum ersten Male wurden im Canton durch ein Genfer Haus künstliche Kaffeebohnen zum Verkauf gebracht, die den echten täuschend ähnlich sind und vermengt mit echten Bohnen vom Käufer nicht erkannt werden können, so dass derselbe ein minderwerthiges Product erhält. Von Kaffeesurrogaten wird als rationelles der Malzkaffee empfohlen. Die Probe eines Kaffeeextractes war durch Zusatz von Kohlenpulver gefälscht befunden worden.

Gebrauchs- und Wirthschaftsgegenstände. In einer Familie des Cantons waren häufige Erkrankungen nach dem Genuss von Kaffee, der in einer aus polirtem Kupfer hergestellten, innen verzinnten Maschine zubereitet wurde, eingetreten. Die Untersuchung ergab, dass die Verzinnung 37% Blei enthielt, welches in den Kaffeeabguss theilweise überging. Die Maschine stammte aus einer grossen bekannten Württemberger Fabrik.

762. ***Experimentalbeiträge zur Myopie.*** Von Dr. **F. Poeller,** *München. (Arch. f. Hygiene. Bd. XIII. 1891. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 25.)*

Der Verf. zeigt in dieser kurzgedrängten Abhandlung die Anwendbarkeit exacter, experimenteller Methoden auf einem Gebiet, das bisher jeder Experimentalerforschung verschlossen war. Es galt, die causalen Bedingungen der beiden Hauptphänomene der Myopie, nämlich 1. des Ueberganges der Normalsichtigkeit in die Kurzsichtigkeit, und 2. die graduelle Steigerung der letzteren beim Brillengebrauche experimentell nachzuweisen. Wer je mit Experimenten zu thun hatte, bei denen Menschen als Versuchsmaterial verwendet werden, weiss die Schwierigkeiten zu würdigen, welche sich hierbei der Erlangung positiver Versuchsergebnisse entgegenstellen. Durch Anwendung vorzüglicher Massmethoden, sowie durch häufige Wiederholung jeder Versuchskategorie unter Variirung der äusseren Bedingungen der Versuche gelang es dem Verf., die Schwierigkeiten zu überwinden und befriedigende Ergebnisse zu erhalten. Zunächst liessen sich mit grosser Zuverlässigkeit folgende Thatsachen nachweisen: *a)* Bei angestrengtem Nahsehen besteht im Allgemeinen auf eine Verminderung der deutlichen Sehweite gerichtete Tendenz. *b)* Diese Tendenz tritt nach $^3/_4$—1stündiger Sehanstrengung schon scharf hervor und wächst mit zunehmender (ununterbrochener) Sehdauer in relativ immer stärkerem Grade. *c)* Unter sonst gleichen Verhältnissen äussert sie sich bei Brillengebrauch in stärkerem Grade, als ohne denselben. *d)* Bei Benützung von Brillen zeigt sich ausserdem noch die Erscheinung, dass nach einer gewissen Zeit grosse Accommodationsunsicherheit eintritt, die in bedeutenden regellosen Schwankungen der Sehdistanz zu Tage tritt. Um festzustellen, welche der vielen beim Sehprocesse in complicirter Weise in einander wirkenden physischen und psychischen Factoren bei der Causirung jener Tendenz vornehmlich engagirt ist, wurde eine Folge von Differenzversuchen angestellt, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit vermuthen liessen, dass sie im Wesentlichen als die Folge einer Netzhautermüdung aufzufassen sei, und erst in zweiter Linie eine Ermüdung der Accommodationsorgane in Betracht komme. Recht beachtenswerth sind die Folgerungen, welche der Verf. aus seinen Versuchen mit Rücksicht auf die Schulhygiene zieht. Darnach scheint es geboten, bei der Lehrstundeneintheilung eine angemessene Abwechslung zwischen solchen Disciplinen, die anstrengendes Nahsehen erfordern, und solchen, die Fernsehen gestatten, obwalten zu lassen. Auf keinen Fall aber sollte anstrengendes Nahsehen länger als $^3/_4$—1 Stunde ununterbrochen geübt werden. Bei mehrstündiger Dauer sind nach je längstens $^3/_4$ Stunden Erholungspausen von etwa $^1/_4$stündiger Dauer geboten. Jenen, die auf Brillengebrauch angewiesen sind, wird

empfohlen, denselben beim Nahsehen auf's Nothwendigste zu beschränken, im Falle der Benützung einer Glasbrille aber der Reinhaltung derselben grosse Aufmerksamkeit zu widmen, da das Brillenglas wegen seiner starken Hygroskopie sich schon in Folge der Hautausdünstung stets ein wenig feucht erhält und hierdurch zu einem günstigen Absetzboden für den Luftstaub wird. In der That lieferten Brillen aus Bergkrystall durchwegs günstigere Resultate, als solche aus künstlichem Glase Verwendet wurde hierbei Madagaskar'sches Bergkrystall, die reinste und edelste Varietät dieses Minerals. Da nebstdem auch das Lichtabsorptionsvermögen des Bergkrystalls vielmal geringer ist, als das des Glases, so dürfte die Verwendung dieses Minerals zu Brillenlinsen wohl sehr zu empfehlen sein, besonders da auch der Preis des Bergkrystalls, seitdem dessen Import aus Madagaskar lebhafter geworden ist, auf dem Weltmarkte stetig sinkt.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

763. *Ueber moderne Hirnchirurgie.*

*Von Dr. **Ernst Kirchhoff** in Berlin.*

(Therap. Monatsh. 1892. V.)

Von chirurgischen Massnahmen bei frischen Schädelfracturen und bei Erkrankungen, die auf die Schädelknochen allein beschränkt sind, sieht Verf. ab, er beschränkt sich nur auf die Operationen wegen krankhafter Vorgänge im Schädelinnern. Unter diesen krankhaften Vorgängen nimmt die erste Stelle der tiefe Hirnabscess ein, in dessen Behandlung die Hirnchirurgie am meisten Erfolge zu verzeichnen hat. Nach *v. Bergmann* haben wir ätiologisch zwei Kategorien von tiefen Hirnabscessen zu unterscheiden: erstens solche, die sich an Kopfverletzungen oder an Eiterungen am Schädel, besonders an Ohreiterungen, anschliessen, und zweitens metastatische, pyämische und tuberculöse Hirnabscesse. Die beiden letzteren Arten, die übrigens im Verhältniss zu den anderen sehr selten sind, schliesst *v. Bergmann* von jeder chirurgischen Behandlung aus. Die übrigen räth er, sobald sie diagnosticirt sind, zu operiren.

v. Bergmann unterscheidet bei jedem Hirnabscess drei Symptomgruppen: erstens solche, die von der Eiterung an sich abhängig sind (Fieber, Störung des Allgemeinbefindens), zweitens solche, die einen gesteigerten intracraniellen Druck und störende intracranielle Verschiebungen anzeigen, und drittens Herdsymptome, die dem Sitze des Abscesses entsprechen, und die von der Zerstörung oder Erweichung der Hirnsubstanz abhängen. Letztere kommen hauptsächlich in Betracht, wenn sich der Abscess in der Gegend der motorischen Region der Hirnrinde befindet. Sie fehlen, wenn der Frontal-, Occipital- oder Temporallappen betroffen ist, da grosse Theile dieser Gehirnpartien ausfallen können, ohne Erscheinungen zu machen. Finden sich die nothwendigen Symptome

und stimmen vor Allem auch die ätiologischen Momente (frühere Traumen oder Eiterungsprocesse am Schädel), so wird an der Diagnose eines Hirnabscesses nicht mehr zu zweifeln sein; und ist diese erst sichergestellt, so ist damit auch die operative Behandlung, die Eröffnung des Abscesses und die Entleerung des Eiters, geboten. Weniger erfolgreich als die chirurgische Behandlung der tiefen Hirnabscesse ist die der Hirntumoren.

Nach *v. Bergmann* sollen nur ausschälbare Neubildungen, welche gegen das umgebende Gehirngewebe abgegrenzt sind, exstirpirt werden. Alle infiltrirten Tumoren dagegen, welche eine Abtragung ganzer Organabschnitte nothwendig machen, sind, wenigstens wenn sie nicht eine ganz unbedeutende Ausdehnung haben, von der operativen Behandlung auszuschliessen. Aus diesem Grunde verbietet sich auch die Operation der meisten Gehirntuberkel, da bei der Art der Einlagerung eine totale Entfernung alles Kranken in der Regel unmöglich ist und somit nach einer operativen Entfernung doch sehr bald ein Recidiv auftreten würde. Auch die Gehirngummata werden nur ausnahmsweise Gegenstand chirurgischer Eingriffe werden; diese jedoch nicht aus operativen Gründen, sondern weil der Gehirnsyphilis gegenüber das Messer des Chirurgen nicht mit einer specifischen internen Behandlung concurriren kann *(v. Bergmann)*. Aus diesem Grunde sind nur diejenigen Gummata operativ zu behandeln, welche lange Zeit hindurch vergeblich mit Jodkalium und Quecksilber behandelt worden sind. Aber selbst bei einer ausschälbaren Gehirngeschwulst müssen noch zwei Bedingungen erfüllt sein, bevor die Operation als Erfolg versprechend bezeichnet werden kann. Sie muss im Mantel des Gehirnes oder wenigstens nahe unter demselben liegen, und sie darf nicht zu gross sein. Die Operation eines umfangreichen Gehirntumors trägt stets die Gefahr einer bedenklichen Blutung und die der Entwicklung eines acuten und schnell tödtlichen Hirnödems in sich. Ob nun ein Hirntumor alle diese verlangten Forderungen erfüllt, wird vor seiner Blosslegung kaum je festzustellen sein, eines aber müssen wir unbedingt verlangen, bevor wir an die Operation herangehen, nämlich dass sein Sitz bekannt ist. Fehlen directe Herdsymptome, welche uns diesen anzeigen, so ist auch jede explorative Trepanation zu verwerfen *(v. Bergmann)*.

Eine andere Gehirnerkrankung, gegen die schon von Alters her mit der Trepankrone vorgegangen wurde, stellt die Epilepsie dar. Während man aber früher ohne Auswahl der Fälle operirte und sich mit der Entfernung der Haut- und Knochennarbe begnügte, verlangt die heutige Hirnchirurgie, dass jedesmal auch der Durasack eröffnet wird, um den der Epilepsie zu Grunde liegenden Krankheitsherd (Narbe, Cyste u. dergl.) zu entfernen. „Um aber in dieser Weise handeln zu können, ist es nothwendig, dass wir nur dann operiren, wenn wir allen Grund zur Annahme einer palpablen und daher entfernbaren Rindenläsion haben. Einen solchen Grund haben wir aber blos in denjenigen Fällen, in welchen die Krämpfe genau wie im Reizungsversuch am Thiere beginnen, fortschreiten und schliesslich sich verallgemeinern“ *(v. Bergmann)*. Die Form der Epilepsie, bei welcher die Anfälle in dieser Weise verlaufen, ist unter dem Namen der *Jackson*'schen Rindenepilepsie

(focale Epilepsie *Horsley's*) bekannt. Bezüglich der Hirnbrüche empfiehlt *v. Bergmann*, falls dieselben den Vorderkopf betreffen, die Abtragung mit Unterbindung des Stieles. Die Entfernung der in dem Sacke liegenden Hirnmasse bedingt keine gröberen Störungen. Von den Hirnbrüchen am Hinterhaupt sind nur die reinen Meningocelen und die kleineren Formen operativ zu behandeln. — Einen weiteren Abschnitt der Hirnchirurgie bilden nun ferner Operationen, welche gemacht werden, um das Gehirn von einem abnormen, häufig das Leben gefährdenden Druck zu befreien. Hier wird an erster Stelle das Hämatom der Arteria meningea media nach Schädelverletzungen genannt, dessen operative Beseitigung die wichtigste aller gegen den Hirndruck gerichteter Operationen ist. Blutergüsse, die aus einer Pachymeningitis chronica haemorrhagica stammen, werden bei der Seltenheit von sicher diagnosticirten Fällen nur ausnahmsweise Gegenstand eines operativen Eingriffes werden. Auch die künstliche Entleerung seröser Ergüsse, sei es, dass dieselben in Folge tuberculöser Meningitiden oder inoperabler Tumoren entstanden, ist schon zu verschiedenen Malen empfohlen worden, um wenigstens symptomatische Besserungen, vor Allem eine Befreiung von den oft furchtbaren Kopfschmerzen, zu erzielen. Punctionen bei chronischem Hydrocephalus sind schon von *Hippokrates* geübt worden. Mit diesen Erkrankungen scheinen Verf. die Indicationen einer rationellen Hirnchirurgie zunächst erschöpft.

Operationen, die bei anderen Gehirnaffectionen ausgeführt worden sind und werden, stellen zum Theil erst mehr oder weniger gelungene Versuche dar, über die ein definitives Urtheil bei der geringen Anzahl von Fällen noch nicht gefällt werden kann, zum anderen Theil sind sie von vornherein als ungerechtfertigt zu verwerfen. Zu ersteren gehört die von *Lannelongue* und *Keen* empfohlene Craniectomie bei Mikrocephalie, die seit ihrer ersten Ausführung nun schon von verschiedenen Autoren (*Sachs, Gerster, Wyech, Mc Clintock, Trimble, Rabow* und *Roux* u. A. m.) mit mehr oder weniger Erfolg wiederholt worden ist. Das Verfahren besteht darin, dass aus der Schädeldecke streifen- oder lappenförmige Stücke excidirt werden, um die starre Schädelkapsel dehnbar zu machen und dadurch dem Gehirn Raum zu seinem Wachsthum zu verschaffen.

Alle Versuche, bei spontanen Hirnblutungen die das Leben bedrohenden Insultsymptome durch Trepanation, Entleerung des Blutergusses und Stillung der Blutung zu beseitigen, hält Verf. aus mehrfachen Gründen für aussichtslos. Wenn *Horsley* ferner in allen Fällen von Kopfschmerzen, die jeder inneren Behandlung trotzen, trepaniren will, so scheint Verf. diese Indication doch etwas zu unbestimmt zu sein. *v. Bergmann* schränkt dieselbe insofern ein, als er nur den „fixen, streng localisirten Kopfschmerz, der bekanntlich durch seine Heftigkeit und Hartnäckigkeit schon die älteren Chirurgen zur Trepankrone hat greifen lassen“, zur Operation empfiehlt. Fälle, bei denen unter diesen Umständen greifbare Ursachen für den Schmerz, eine *Pacchioni*'sche Granulation, die den Knochen zur Usur gebracht hatte (*Horsley*), oder eine kleine Menge alten Blutes unter einem im Umfang von circa 2 Cm. zur Papierdünne verdünnten Knochen, gefunden wurde, gehören aber sicher zu den Ausnahmen.

Die chirurgische Behandlung von Geisteskranken nach dem Vorschlage *Burckhardt's* in Préfargier gehört vorläufig zu den Versuchen, denen die wissenschaftliche Grundlage vollkommen abgeht. Verf. erwähnt mit wenigen Worten die Mittel und Wege, die uns zur Orientirung am Schädel zu Gebote stehen. Gerade in neuerer Zeit sind eine ganze Reihe Abbildungen und Beschreibungen erschienen, die sich auf die Topographie des Schädels und Gehirnes, sowie auf die verschiedenen Methoden, die Hirnwindungen und Furchen auf der Aussenfläche des Kopfes zu localisiren, beziehen. Bei der Wichtigkeit einer genauen Orientirung vor der Vornahme irgend eines das Gehirn betreffenden Eingriffes wird das Studium derselben jedem, der sich für Hirnchirurgie interessirt, empfohlen. Hier sei nur ein Verfahren näher besprochen, welches von *Köhler* als verhältnissmässig einfachstes und sicherstes Hilfsmittel zur Localisation der psychomotorischen Centren beschrieben wird. Es ist dieses die modificirte *Reid*'sche Methode, die zuerst von *Bennet* und *Godlee* am Lebenden angewandt wurde. Diese beiden Autoren verfuhren in folgender Weise: Eine Linie wurde mitten über den Schädel von der Stirn zur Protuberantia occipitalis externa gezogen (Linie 1), eine zweite, rechtwinklig zu dieser, von der vorderen Grenze des äusseren Gehörganges (Linie 2). Parallel zu dieser wurde eine dritte Linie vom hinteren Rand des Processus mastoideus gezogen, welche die sagittale Linie 1 zwei Zoll hinter der Linie 2 traf (Linie 3). Von dieser Verbindungsstelle der ersten und dritten Linie wurde eine vierte schräg abwärts gezogen, so dass sie die zweite Linie 2 Zoll oberhalb des Meatus audit. ext. traf (Linie 4). Von dieser schrägen Linie wurde angenommen, dass sie die Richtung der Centralfurche repräsentire. Zur Demonstration und Erleichterung des Messens mittelst dieser Methode hat *Köhler* einen einfachen und praktischen Apparat angegeben, den Craniencephalometer. Verfertiger des Messinstrumentes ist der Berliner Fabrikant Détert.

Literatur.

764. ***Atlas der Kehlkopfkrankheiten,*** *enthaltend 345 Fig. auf 37 Tafeln in Farbendruck und 25 Zeichnungen. Nach der Natur gemalt, gezeichnet und erläutert von Dr.* ***Robert Krieg,*** *Arzt in Stuttgart. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.*

Der vorliegende, dem Andenken des rühmlichst bekannten Meisters der operativen Laryngologie *Victor v. Bruns* von seinem Schüler *Krieg* gewidmete Atlas der Kehlkopfkrankheiten wird in hohem Masse dazu beitragen, das zumeist noch als Specialfach cultivirte Gebiet der Laryngologie im Interesse des ärztlichen Standes und der hilfesuchenden Bevölkerung bei den praktischen Aerzten einzubürgern. Wenn wohl auch die meisten die Hochschule verlassenden Aerzte zum Zwecke ihrer vollkommenen Ausbildung einen Cursus der Laryngologie gehört haben, so sind doch die bei diesem gemachten Erfahrungen, namentlich die Eindrücke der diagnostischen Bilder rasch verflogen, wenn der Arzt nicht baldigst Gelegenheit findet, dieselben durch häufige Uebung immer wieder im Gedächtniss aufzufrischen. Indem ihm durch mangelhafte Uebung das

Gefühl der Sicherheit in der Diagnose allmälig schwindet, verliert er den Muth, dieselbe zu verwerthen und wird damit eines sehr wichtigen Theiles seiner Kenntnisse wieder verlustig. Aehnlichen Uebelständen auch auf anderen Gebieten der ärztlichen Kunst für den Praktiker abzuhelfen, sind ja bekanntlich seit einigen Jahren die Feriencurse an den Universitäten eingeführt. Zweifellos gibt es nun für den Praktiker keinen besseren Behelf, seine in der Laryngologie erworbenen Kenntnisse ungeschwächt zu erhalten, als der Besitz eines vollständigen und verlässlichen Atlasses der Kehlkopfkrankheiten. Wir möchten den eben ausgesprochenen Nutzen des Werkes für nicht minder wichtig halten als die Ziele, die Verf. nach seinen eigenen Worten wohl mit Recht durch dasselbe erreichen will: ein Werk zu bieten, welches dem Studirenden zu Lernzwecken, dem Docenten zu Lehrzwecken, dem praktischen Arzte zum vergleichenden Nachschlagen dienen soll. Die Vorzüge des vorliegenden Atlasses, die sich Jedem, der sich eingehend mit Laryngologie beschäftigt hat, alsobald aufdrängen müssen, sind: die Vollständigkeit desselben, insoferne darin alle Krankheiten des Kehlkopfes vorgeführt sind, dann die Reichhaltigkeit der Darstellung, insoferne die einzelnen Krankheiten nicht nur in einem typischen Bilde vorgeführt werden, sondern so weit möglich in sämmtlichen Formen, in denen sich eine Krankheit dem Untersucher darbietet. Sehr lehrreich ist namentlich die Darstellung der nicht typischen, auch verwaschenen Formen, die namentlich der Diagnose manche Schwierigkeit bieten. Namentlich ist Verf. auch bestrebt, Syphilis, Tuberculose, Papillom, Pachydermie, Carcinom im Bilde genau von einander zu halten, um den Untersucher vor schweren Irrthümern zu bewahren. Belehrend ist auch die Darstellung einzelner Fälle unter verschiedenen physiologischen Verhältnissen, wie Phonation, Respiration oder in den verschiedenen Stadien des Verlaufes, wie bei Tuberculose, Carcinom oder im Verlaufe eines gemachten Eingriffes, wie vor und nach Curettement oder Tuberculininjectionen bei Tuberculose. Die Richtigkeit der laryngoskopischen Bilder bezüglich der Form und des Farbentones sind dadurch gewährleistet, dass Maler, Arzt und Verf. diesmal in einer Person vereint sind. Der den Bildern beigegebene Text ist kurz gehalten, nur seltenere Formen sind ausführlicher geschildert und selbst durch Illustrationen von mikroskopischen Schnitten oder von schematischen, topographisch-anatomischen Skizzen erläutert. So bildet dieses vorzüglichste Werk, zu dessen prächtiger Ausstattung auch die Verlagshandlung das Möglichste beigetragen hat, eine namhafte Bereicherung der laryngologischen Literatur, eine Stütze der Fachmänner und eine sichere Grundlage für die weitere Verbreitung des Faches unter den Aerzten.

R—r.

765. ***Handbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende.*** *Von Dr. Wilh. Kirchner, Professor der Ohrenheilkunde und Vorstand der otiatrischen Universitäts-Poliklinik in Würzburg. Vierte Auflage. Mit 42 Abbildungen in Holzschnitt. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1892.*

Dass *Kirchner's* Handbuch einem wahren Bedürfnisse entspricht, beweist zur Genüge der Umstand, dass in kaum sieben Jahren vier Auflagen nothwendig wurden. Das Werk ist eine kurzgefasste Zusammenstellung derjenigen Kenntnisse, deren Besitz zur Untersuchung des Gehörorganes und zur Behandlung der mannigfachen Ohrenleiden unbedingt nothwendig ist. Auswahl und Bearbeitung des Materials wird haupt-

sächlich den ärztlichen Praktiker in jeder Hinsicht befriedigen. Der Abschnitt über die Erkrankungen des Warzenfortsatzes wurde gänzlich umgearbeitet und erweitert, auch die Untersuchungsmethoden des Nasenrachenraumes und die Erkrankungen desselben eingehend geschildert. Manche Capitel, die in grösseren Lehrbüchern ausführlich bearbeitet sind, wie die Anatomie und Physiologie des Ohres, sind hier auf das Nothwendigste beschränkt worden. Die Brauchbarkeit des Werkes sichert noch weitere Auflagen. *—sz.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

766. ***Ueber das Verhältniss der Infectionsgefahr zum wirklichen Erkranken bei Tuberculose.*** *Von Dr.* ***F. Wolff,*** *Reiboldsgrün. Vortrag, gehalten beim XI. Congress f. innere Med. 1892. (Centralbl. f. klin. Med. 1892. 25.)*

Vortr. führt aus, dass die letzten Jahre hindurch allzu einseitig bacteriologische Forschungen massgebend für Beurtheilung von Aetiologie, Verlauf und Therapie der Infectionskrankheiten gewesen seien; dies sei vielleicht bei allen genannten Krankheiten, sicher bei der Tuberculose der Fall. Noch immer habe das Dogma der Contagionisten in weitesten Kreisen Anhänger, dass die Tuberculose eine exquisit contagiöse Krankheit sei, ein Athemzug zur Infection und sicheren Erkrankung genüge, die Lehre von der Heredität der Tuberculose „ein bequemer Sündenbock“ etc. und darum die Vernichtung der Bacillen das einzige Mittel bei Prophylaxe und Heilung der Tuberculose sei. Seitdem jedoch durch die Mehrzahl wissenschaftlicher Aerzte die Lehre von der Heredität in ihre Rechte wieder eingesetzt sei, müsse man bekennen, die Entdeckung des Tuberkelbacillus bilde nicht den Schlussstein in der Lehre von der Tuberculose, sondern stelle uns vor eine Reihe neuer schwieriger Fragen. Eine solche sei diejenige, wie sich die Infection mit Tuberculose zur Erkrankung an derselben verhalte. Die Bacteriologie, die nicht angeben könne, welches die geringste Menge des tuberculösen Virus sei, die zur Erkrankung führe, ferner wie lange eine minimale Menge, ohne Schaden zu bringen, im menschlichen Körper verweilen dürfe — die Bacteriologie könne nur in Verbindung mit der Pathologie uns bei Beantwortung jener Frage helfen. Dabei ist festzuhalten, dass Organe, in denen sich Tuberkelbacillen fanden, und zwar nur solche, als inficirt angesehen werden müssen, dass die grösste Gefahr der Infection durch den Auswurf Tuberculöser drohe — dass aber unsere Kenntnisse nicht ausreichen, um auch die Dauersporen in ihrer zweifellos grossen Bedeutung für die Erkenntniss und Verbreitung der Tuberculose beurtheilen zu können. Ferner sei zu denken an die grosse Schwierigkeit, jeden minimalen tuberculösen Herd an der Leiche aufzufinden, da die Pathologen in der Angabe latenter Herde an der Leiche — abgesehen von 15—16 Procent an Tuberculose Gestorbener — durchaus nicht übereinstimmen. Zwar die grosse Mehrzahl zählten bei 25 Procent der Leichen latente Tuberculose *(Baumgarten, Bollinger)*, andere aber *(Heitler, Bondet* und *Roger)* hätten bei 48 Procent und selbst bei 95 Procent der Leichen Lungennarben und andere tuberculöse Befunde constatirt, so dass es begreiflich sei, wenn *Bollinger* erwähnt, dass jeder im Leben Tuberkelpilze in sich aufnehme. Der Häufigkeit solcher Leichenaffectionen entspreche die Häufigkeit der Infectionsgelegenheit, respective die Verbreitung der Bacillen trotz der durch

Cornet erwiesenen mangelnden Ubiquität. Für die Verbreitung der Bacillen spreche nach des Vortr. Ansicht, wenn die Mehrzahl der Menschen bereits als Kind sich inficire — es verhalte sich dann in dieser Hinsicht mit der Tuberculose ähnlich wie mit Morbilli, Scarlatina und Pertussis: diese seien nur Kinderkrankheiten, weil man sich als Kind zuerst der Infection aussetze, später der Infection grösseren Widerstand entgegensetze. Nach *Demme* nun betrage die Tuberculosemortalität im Kindesalter 35 Procent, zeitweise bis 46 Procent, auch *Bollinger* gab eine solche von 30 Procent an, und so sei man zu der Annahme von 30—40 Procent Mortalität der Kinder gegen eine solche von 15—16 Procent im Allgemeinen berechtigt. Was die latente Tuberculose betreffe, so gab *Bollinger* bei einem nicht besonders zu diesem Zwecke gesammelten Material 12 Procent an; Vortr. habe in einem kleinen Material des Leipziger pathologischen Institutes 36 Procent gefunden, zeitweise aber, als durch einen der Secirenden besonders darauf Achtung gegeben sei, in mehr als 60 Procent der Fälle, eine Zahl, die umso mehr Beachtung verdiene, als sie den Angaben von *Babes*, nämlich 70 Procent latenter Tuberculose im Kindesalter, einigermassen entspreche. Während also im Allgemeinen 15—16 Procent Todesfälle bei Erwachsenen, 30—40 Procent im Kindesalter zu constatiren seien, verhielten sich für die betreffenden Alter die Zahlen für latente Tuberculose wie 30 Procent zu 40—50 Procent.

Man müsste nach allem Diesem folgern, die Infectionsgefahr der Tuberculose sei so häufig, dass die Mehrzahl der Menschen — die Dauersporen mit eingerechnet — bereits als Kind inficirt sei, jedenfalls eine grössere Zahl Menschen, als späterhin an Tuberculose zu Grunde gingen. Das Verhältniss wirklichen Erkrankens bei der beschriebenen Häufigkeit der Infection lässt sich in Zahlen nicht ausdrücken: man müsste sich zunächst mit der Betrachtung bescheiden, dass keinenfalls so viel Menschen im Leben tuberculös erkrankt erschienen, als sich bei der Section erwiesen. Selbst mit Einrechnung aller Scrophulosen, Pleuritiden, sogenannter Lungencatarrhe sei die Zahl der tuberculösen Infectionen nicht durch die Zahl klinisch-erkennbarer Erkrankungen erklärt und man müsste schon damit rechnen, dass oft hinter der Form einer Grippe, eines Lungencatarrhs, Bronchialcatarrhs etc. sich eine leichte tuberculöse Attaque verberge. — Bedenkt man nun, dass nach 18 bis 20 Jahren tuberculöse Krankheitsherde erfahrungsgemäss noch zu Miliartuberculose oder sonstiger allgemeiner Tuberculose führen könnten, so sei nicht recht ersichtlich, warum nicht die Mehrzahl der Tuberculosen in reiferen Jahren auf eine Infection in der Kindheit zurückzuführen sein soll, obwohl eine Reinfection oder erste Infection in späteren Jahren sich vor der Hand ja nicht ausschliessen lässt. Eine Infection unmittelbar vor der Erkrankung an Tuberculose könne sicherlich stattfinden bei jenen Kranken, die gewissermassen ambulant erkrankten, wie die Anämischen, die durch Staubinhalationen, durch Ueberarbeitung und Kummer Prädisponirten, auch die Diabetiker; unmöglich könne man aber annehmen, dass die wohl versorgte Wöchnerin der besseren Stände so häufig sich frisch tuberculös inficire, wie sie an Tuberculose erkranke, — den bettlägerigen Reconvalescenten des Typhus fehlte ebenfalls die Gelegenheit und man könne nicht denken, dass die Influenza-Reconvalescenten sich besonders oft, die bekanntlich vor Erkrankung einigermassen geschützten Patienten mit venöser Blutbeschaffenheit besonders selten sich

der tuberculösen Infection aussetzten. Unmöglich sei, alle Gelegenheitsursachen der Tuberculose durchzugehen, indessen besonders erwähnenswerth sei das Verhältniss der Masern zur Tuberculose und die Gefängnisstuberculose. Die erstere betreffend sei constatirt, dass nach Ablauf einer Masernepidemie die Zahl von Tuberculosetodesfällen geradezu epidemieartig aufgetreten sei, ein Vorkommniss, das sich doch nicht durch vermehrte Infectionsgefahr während des Krankenlagers, wohl aber unschwer durch früher latente Herde erklären lasse, deren Bacillen durch die Masern mobil gemacht seien. Die Gefängnisstuberculose anlangend sei deren enorme Häufigkeit durch enges Zusammenwohnen der Gefangenen, durch Durchsetzung der Luft mit Bacillen erklärt worden; beide Momente seien hinfällig geworden, nachdem sich erwiesen, dass gerade die Isolirzellen die meisten Tuberculösen lieferten und die sorgfältigste, Jahre hindurch durchgeführte Desinfection einzelner Gefängnisse keine Aenderung gebracht habe. Zum Ueberfluss habe auch *Cornet* constatirt, dass die Mehrzahl der tuberculösen Gefangenen vor Ende des zweiten Haftjahres gestorben sei, zu früh, um in der Anstalt die Tuberculose acquirirt zu haben. Da nun doch ausgeschlossen sei, dass Gefangene oder Isolirgefangene besonders häufig vor ihrer Isolirung sich tuberculös inficirten, so gebe die Zahl der im Gefängniss Verstorbenen — bis zu 71·0 Procent — einen Maassstab für die wirklich tuberculös Inficirten ab, beweise gleichzeitig, dass unter besseren Verhältnissen die Inficirten nur in relativ geringer Anzahl wirklich erkrankten. Die Ausführungen liessen folgende Schlüsse zu: die Infection mit Tuberculose sei eine ungeheuer häufige, man könne mit *Bollinger* sagen, eine allgemeine; die Infection erfolge bei der Mehrzahl der Menschen bereits in der Kindheit und es bedürfe bei der Tenacität der Tuberkelbacillen keiner Reinfection in späteren Jahren, um die Zahl tuberculöser Erwachsener zu erklären, obwohl eine solche Reinfection sich nicht ausschliessen lasse; niemals sei nachzuweisen, dass der Erkrankung kurz vorher eine Infection vorangegangen sei und Vieles spreche dafür, dass beide Ereignisse in der Regel ziemlich weit getrennt seien; der latenten Tuberculose sei bei der Erkrankung eine grössere Bedeutung beizumessen, als bisher geschehen. Wolle man diese Sätze nicht alle anerkennen, so sei doch auch klinisch *Bollinger's* Ansicht zu bestätigen, dass die Gefahr der Infection wenigstens beim Erwachsenen viel geringer anzuschlagen ist als bei der Disposition.

Kleine Mittheilungen.

767. ***Poudre für Kinder.*** *Von* ***Garmo.*** *(Schweiz. Wochenschr. f. Pharm. 1892.)*

Rp.		
Rp.	*Alumin. ust.*	*15·0,*
	Acidi borici	*15·0,*
	Carbon. Calcis	*150·0,*
	Amyl. tritic.	*250·0,*
	Acid. carbol.	*3·0,*
	Olei citri	*gutt. V.*

768. ***Ueber den Zusammenhang der Ernährung mit der Kahlköpfigkeit.*** *Von Dr.* ***E. C. Mapother.*** *(Journ. d'hygiène. 1892. — La Méd. moderne. 1892. 7. Juli.)*

Nach den Ausführungen des englischen Verfassers enthält das Haar nicht weniger als 5 Procent Schwefel und die Asche des Farbstoffes 20 Procent Silicium

und 10 Procent Eisen und Mangan, dem gegenüber wirken nun die wichtigsten Nahrungsmittel, die wir täglich geniessen, das Rindfleisch und die Milch durch ihre chemische Zusammensetzung gerade derart, dass sie diese Grundelemente der Haare vernichten. Er erinnert an die Thatsache, dass, so lange die Kinder als einzige Nahrung die Milch haben, der Haarwuchs bei diesen nicht fortschreitet. Eine Abwechslung in den Eiweisssubstanzen, verschiedene Mehlsorten, namentlich der dunkelfärbige Hafer, der mehr als 20 Procent Silicium enthält (wohl hauptsächlich in der Kleie, die kein Mensch verdaut, Ref.), würde den Haarwuchs sehr befördern. Er weist darauf hin, dass die hauptsächlich Vegetabilien geniessenden Rassen reiches Kopfhaar besitzen. *Loebisch.*

769. ***Bei Pruritus ani*** verordnet *Ohmann-Dumesnil:*

Rp.		
Rp.	*Hydrargyri bichlorati*	*0·03,*
	Ammonii chlorati	*0·12,*
	Acidi carbolici	*4·0,*
	Glycerini	*60·0,*
	Aquae Rosarum	*115·0.*

S. Morgens und Abends auf die Analgegend aufzutragen.

Wenn die Haut erheblich verdickt ist, bepinselt *Ohmann-Dumesnil* dieselbe nur einmal mit Kreosot. Diese Pinselung ist schmerzhaft; der Schmerz ist jedoch erträglich und hört schnell auf. Ausser der localen Behandlung ist zuweilen noch eine allgemeine von Nutzen; deshalb gibt *Ohmann-Dumesnil* innerlich Arsen, Strychnin u. s. w. (Therap. Monatsh. 1892. 4.)

770. ***Ueber die Anwendung des Methylenblau bei Cystitis, Pyelitis und Carcinom.*** *Von* ***M. Einhorn,*** *New-York. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 18. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 27.)*

Verfasser beobachtete, dass der Urin von Pat., die 2—3mal täglich Methylenblau in Dosen von 0·2 genommen, sich 3 Wochen lang unzersetzt erhielt, auch bei Aussaat auf Bouillongelatine keine Colonienentwicklung ergab. Er wendete darauf das Mittel in zwei Fällen von Cystitis und Pyelitis „so weit mit gutem Erfolge" an. Versuche bei Phthisikern ergaben sodann, dass das Mittel auch durch das Sputum in Form von Krystallen oder ganz feinen Körnchen ausgeschieden wird; ob es eine therapeutische Wirkung dabei entfaltet, vermag Verfasser noch nicht zu sagen. Endlich sah er in einem Falle von auf Uterus und Beckenbindegewebe übergreifendem Ovarialcarcinom, das zu äusserster Macies und ausgedehntem Anasarka geführt hatte, auffallende Besserung nach erst 3mal, vom 3. Tage an 1mal täglicher Gabe des Mittels. Die Herabsetzung der Dosis erfolgte, weil der Puls auszusetzen begann. Die Verabreichung erfolgte zunächst in Dosen von 0·2 per os, später in Dosen von 0·3 per rectum.

Programm des II. internationalen dermatologischen Congresses in Wien. 5. bis 10. September 1892.

Sonntag, den 4. September, Abends 8 Uhr: Gesellige Zusammenkunft und Begrüssung im Restaurant „Kaiserhof" nächst dem Rathhause.

Montag, den 5. September, Vormittags 9 Uhr: Eröffnungs- und wissenschaftliche Sitzung; Nachmittags 2 Uhr: Empfang im Rathhause durch den Herrn Bürgermeister der Reichshaupt- und Residenzstadt Wien; Besichtigung des Rathhauses.

Dienstag, den 6. September, Vormittags 9—2 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; Nachmittags 2—4 Uhr: Besichtigung des k. k. kunsthistorischen Hofmuseums; Abends 9 Uhr: Empfang beim Präsidenten des Org.-Comités.

Mittwoch, den 7. September, Vormittags 9—2 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; Nachmittags 5 Uhr: *a)* Ausflug nach Baden (Parkfest — Badener Aerzteverein und Curcommission), *b)* Ausflug nach Kaltenleutgeben (Prof. Winternitz).

Donnerstag, den 8. September, Vormittags 9—12 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; Nachmittags 2—4 Uhr: Besichtigung des k. k. naturhistorischen Hofmuseums; Abends 8 Uhr: Bankett (gegeben von der Wiener dermatologischen Gesellschaft) im Sachergarten, k. k. Prater.

Freitag, den 9. September, Vormittags 9—2 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; Nachmittags 5 Uhr: Geselliger Ausflug nach dem Kahlenberg.

Samstag, den 10. September, Vormittags 9—2 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; Abends, eventuell Sonntags Früh: Ausflug nach Budapest (Prof. Schwimmer).

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Abonyi, Dr. Josef, ordinirender Spitalsarzt und praktischer Zahnarzt in Budapest, Compendium der Zahntechnik für Studirende und Aerzte. Mit 42 Holzschnitten. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Bum, Dr. Anton und *Schnirer, Dr. M. T.,* Redacteure der „Wiener Medizinischen Presse", Diagnostisches Lexikon für praktische Aerzte. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner. Mit vielen Illustrationen in Holzschnitt. I. Bd., erste Hälfte (Bogen 1—30). Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1892.

Helferich, Dr. Professor, Die antiseptische Wundbehandlung in ihren Erfolgen und Wirkungen. Rede, gehalten beim Antritt des Rectorates der Universität Greifswald am 16. Mai 1892. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Zeitschrift für physiologische Chemie, herausgegeben von *J. Hoppe-Seyler,* Professor der physiologischen Chemie an der Universität Strassburg. XVII. Bd., 1. H. Strassburg, Verlag von Carl J. Trübner, 1892.

Inhalt: Smith, W. J. Ueber das physiologische Verhalten des Sulfonals.
- Malfatti, H. Bemerkung zu meinem Aufsatze: „Beiträge zur Kenntniss der Nucleine".
- Gumlich, G. Ueber die Ausscheidung des Stickstoffs im Harn. Mit einer Tafel.
- Bartoschewitsch, S. T. Zur Frage über das quantitative Verhalten der Schwefelsäure und der Aetherschwefelsäuren im Harn bei Diarrhoen. Ein Beitrag zur Kenntniss der Darmfäulniss.
- Bunge, G. Ueber die Aufnahme des Eisens in den Organismus des Säuglings. Nachtrag.
- Lassar-Cohn. Vorkommen von Myristinsäure in der Rindergalle.
- Bunge, G. Ueber den Eisengehalt der Leber.
- Hoppe-Seyler, G. Ueber eine Reaction zum Nachweis von Zucker im Urin, auf Indigobildung beruhend.
- Huppert. Ueber die Bestimmung kleiner Mengen Eisen nach Hamburger.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

WIENER MEDIZINISCHE PRESSE

XXXIII. Jahrg. 1892. Wochenschrift für praktische Aerzte. XXXIII. Jahrg. 1892.

Inhalt der Nummern 24—28 vom Jahre 1892:

Einzelpreis dieses Heftes: 45 kr. = 75 Pf.

Abonnements-Preise: „Wiener Medizinische Presse" und „Wiener Klinik": Inland: Jährlich 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährlich 20 Mark, halbj. 10 Mark, viertelj. 5 Mark. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährlich 24 M., halbj. 12 M. „Wiener Klinik" separat: Inland jährl. 4 fl., Ausland 8 M. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern u. Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**


18 Medaillen I. Classe.
Empfehle meine als vorzüglich anerkannten
Maximal-
und gewöhnliche 105
ärztl. Thermometer
zur Bestimmung der Körpertemperatur.
Urometer nach Dr. Heller und Dr. Ultzmann, Bade- und Krankenzimmer-Thermometer etc., sowie alle Arten Thermometer, Barometer und Aräometer.
Heinrich Kappeller
Wien, V., Kettenbrückengasse Nr. 9.
Illustrirte Preisverzeichnisse stehen gratis zur Verfügung.
Réaumur



110

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

771. ***Beitrag zum Studium des Vorkommens der Pneumonie.*** *Von* **Henrik Dedichen,** *Horten (Norsk Magazin. Jahrg. 52, pag. 878.)*

772. ***Zur Frage über die Aetiologie der croupösen Pneumonie.*** *Von* **Set Lindstrom.** *(Hygiea. 1892, pag. 137.)*

Im Marinekrankenhause in Horten kamen im Mai 1891 auffallend viele Fälle von croupöser Pneumonie vor. Den Grund dazu hat man wesentlich darin zu suchen, dass die in den letzten Tagen des Aprils oft von sehr entfernten Orten herbeorderte junge Mannschaft auf dem Dampfschiffe während der Reise der Kälte und dem Unwetter stark ausgesetzt ist. Auch wird der Branntweinflasche stark zugesprochen und der Rausch nicht selten auf dem Verdecke ausgeschlafen. Man kann daraus eine gesteigerte Disposition zur Infection ableiten. Auch an Bord des Uebungsschiffes ist es in den Schlafstellen der Matrosen äusserst zugig. Auf die directe Infection weist der Umstand hin, dass zweimal in einer Stube, wo ein Pneumoniekranker lag, dort liegende Kranke, die nur an Bronchialaffectionen litten und fieberfrei waren, plötzlich an Schüttelfrost und Pneumonie, die in 2 Fällen sogar tödtlich endete, erkrankten. Verf. weist auf die Möglichkeit hin, dass die Pneumococcen auf dem Uebungsschiffe trotz der dort stattfindenden Desinfection der Kleider „überwintern" können und empfiehlt die Benützung eines anderen Uebungsschiffes. — Eine kleine Pneumonieepidemie hat Verf. im Jahre 1888 in Gumboda bei einer Uebung des Feldjägercorps von Westerbotten beobachtet. Während des Manövers der ersten Classe kamen vom 7. bis 21. Juni unter 711 Mann 18 Fälle von Pneumonie vor, während bei der Uebung der zweiten Abtheilung, die am 25. Juni, 4 Tage nach dem Schlusse der ersten Uebung begann, keine einzige Lungenentzündung vorkam. Von den Erkrankten war ein grosser Theil beim Einrücken von Bronchitis ergriffen. Die meisten Erkrankungen kamen in den Baracken vor, in denen die Luftmenge für den Mann in Folge der Anbringung eines sogenannten Wärmdaches am geringsten war, in den Baracken mit mehr Luft kamen nur wenige oder keine Fälle vor. Es ist hervorzuheben, dass zwischen der ersten und zweiten Uebung die Baracken sorgfältig gesäubert wurden, was seit 29 Jahren nicht geschehen war. Von den ausserhalb der Baracken untergebrachten 62 Personen der ersten Uebung erkrankte nicht eine einzige an Pneumonie. *Husemann.*

773. ***Zur Prognose der Actinomycose.*** *Von* **Eiselsberg,** *Wien. 21. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.*

Bekanntlich hat Verf. am vorjährigen Congress Bericht erstattet, dass es ihm gelungen ist, einen Fall von Actinomycosis

durch Tuberculininjectionen (nach *Koch*) zu heilen. Dieser Fall ist dauernd geheilt geblieben. Verf. kann heute über einen zweiten durch Tuberculineinspritzungen geheilten Fall Mittheilung machen, der an Prof. *Kahler's* Klinik beobachtet wurde. *Rochelt.*

774. ***Die Rückensymptome nach Eisenbahnverletzungen.*** *Von* **F. H. Dercum.** *(Amer. Journ. of the med. sciences. 1891. September, pag. 247. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 18.)*

Verf. erörtert, in Anknüpfung an einige mitgetheilte Fälle von Eisenbahnverletzung, die dabei auftretenden Rückensymptome, ihre Pathogenese und diagnostische Bedeutung. Zu den „Rückensymptomen" gehören Schmerz bei tiefem Druck; Schmerz bei Bewegung und fortgeleiteter Erschütterung; Muskelkrampf und Rigidität; Muskelschwäche. Der Schmerz bei Druck, Bewegung und Erschütterung rührt her von Verletzung der Wirbelligamente, oder der Muskeln, oder beider gleichzeitig; eine sichere Unterscheidung ist unmöglich, doch praktisch belanglos. Uebrigens können auch die Zwischenknorpel und die Wirbelgelenke unter Umständen mit betheiligt sein. — Muskelspasmen und Rigiditäten spielen hier an den Rückenmuskeln dieselbe Rolle, wie bei Knochenverletzung oder Luxationen an den Extremitäten. Muskelschwäche (gelegentlich in Form von Lordose hervortretend) ist entweder der allgemeinen Schwäche durch Shock oder dem örtlichen Trauma zuzuschreiben. Dass die Symptome oft erst so lange nach dem Unfall in ihrer vollen Stärke hervortreten, glaubt Verf. einer directen Ausbreitung der Entzündung von der ursprünglichen Verletzungsstelle aus längs der Muskelscheiden und Sehnen zuschreiben zu müssen, wodurch es auch zur Ausstrahlung der spastischen Erscheinungen auf complicirte Muskelgebiete (Bauch- oder Schultermuskeln) kommen könne. Der Verlauf ist stets langwierig, die Besserungsfähigkeit gering oder doch nicht von Dauer.

775. ***Ueber die Häufigkeit der Enteroparasiten bei Kindern.*** *Von* **Josef Langer.** *Aus der Kinderklinik von Prof. Epstein in Prag. (Prag. med. Wochenschr. 1891. — Der prakt. Arzt. 1892. 6.)*

Nach Verf. ist das verlässlichste Mittel zur Erschliessung von Würmern die mikroskopische Fäcesuntersuchung. Er bediente sich dazu einer *Nélaton*'schen Darmsonde (*Jaques*' Patent Nr. 10), welche er etwas gefettet unter drehender Bewegung bald mehr, bald weniger tief in das Rectum einführte und drehend dann wieder herauszog. Hierbei wurde das Sondenfenster regelmässig mit Fäcesmassen erfüllt, die nun mikroskopisch untersucht wurden. Es müssen jedoch, falls die erste Untersuchung negativ ausfällt, noch weitere 3—4 gemacht werden; doch ist fast immer bei Anwesenheit von Würmern schon die erste Untersuchung positiv. In Bezug auf die Vertheilung der Eier im Kothe ergaben die Untersuchungen, dass, während bei Anwesenheit von Parasiten, welche den Dünndarm bewohnen (Ascaris und Trichocephalus), das kleinste Kothpartikelchen zum Nachweis ihrer Eier genügte, wohl bedingt durch die stete und innige Durchmischung der Chylusmassen im Dünndarme, das Auffinden der Oxyuriseier oft mehrere Präparate erforderte. Dagegen konnten oft, besonders bei Kindern, die am Anus zerkratzt erscheinen, im Schmutze unter den Fingernägeln Oxyuriseier mit deutlichen Embryonen nachgewiesen werden. Wo eine Ansammlung

von Spulwurmeiern auf der Oberfläche bewohnter oder bebauter Grundstücke ermöglicht wird, erkranken die Individuen, deren Gewohnheiten sie mit diesen Herden in häufigere Berührung bringen. In diesem Sinne prädisponiren das kindliche Alter, der Garten-, Feld- und Erdarbeiter etc. Beim Stadtkinde sind die Tummelplätze entweder die gepflasterte Strasse oder die besandeten Spielplätze, wo die Verbreitung der Ascarideneier schon an sich schwieriger ist. Ob die von Vielen gemachte Beobachtung, dass Ascariden im Frühjahr und Winter seltener vorkommen, als im Sommer und Herbste, richtig ist, muss dahingestellt bleiben. Wenn aber der innige Verkehr mit der Erde das Hauptmoment der Uebertragung bildet, dann sollte allerdings die kalte Jahreszeit, wo dieser Verkehr fast ganz aufgehoben ist, sich durch eine geringere Anzahl von derartigen Erkrankungen bemerkbar machen. Verf.'s Untersuchungen ergaben nun auch, dass unter 136 während der Monate November bis April untersuchten mehr als ein Jahr alten Kindern sich in 62, während bei 143 im Verlaufe der übrigen Monate untersuchten sich in 68 Fällen Ascarideneier fanden. Aus dieser geringen Differenz lässt sich aber keine Beeinflussung durch die Jahreszeit feststellen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Specifische, den Helminthen zukommende Krankheitserscheinungen sind nicht nachzuweisen. 2. Die Diagnose kann nur aus dem Abgange entwickelter Helminthen oder deren Theile oder, was am zuverlässigsten ist, durch mikroskopischen Nachweis ihrer Eier in den Fäces gemacht werden. 3. Die Sondeneinführung ermöglicht die Fäcesuntersuchung zu jeder Zeit und das Auffinden der charakteristisch geformten Wurmeier ist sehr leicht. 4. Dorfkinder sind weit mehr (57·31%) mit Helminthen behaftet als Stadtkinder (16·66%). 5. Der häufigste Parasit der Landkinder ist Ascaris lumbricoides (52%), ihm folgt Trichocephalus (14·6%) und Oxyuris (7·3%). Bei Stadtkindern nimmt den ersten Platz in Bezug auf Häufigkeit Oxyuris verm. mit 11·11% ein. Bezüglich der Therapie empfiehlt sich bei Spulwürmern: Santonin 0·1, Ol. Ricin. 30·0. Esslöffelweise, welches in der Prager Klinik immer Erfolg hatte. Gegen die Oxyuren kamen Darmausspülungen und Suppositorien aus Ung. ciner. 0·5, Butyri Cacao q. s. u. f. suppos. Nr. II in Anwendung, welche schnell das Jucken beseitigten und eine Abnahme, respective das Verschwinden der Oxyuren bewirkten. *O. R.*

776. ***Zur Aetiologie des „acuten, angioneurotischen" oder „umschriebenen Hautödems".*** *Von* **Bauke.** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1892. XXIX. 6. — Schmidt's Jahrb. Bd. CCXXXIV.)*

Verf. beobachtete bei einer 38jährigen Hysterica und einem 40jährigen ausgesprochenen Neurastheniker namentlich nach psychischen Erregungen in Verbindung mit Neuralgien plötzlich auftretende umschriebene Hautödeme (in dem ersten Fall nur auf der rechten Seite), 2—3 Mm. hoch über die umgebende Haut erhoben und derselben in Farbe und Temperatur gleich. Jede andere Krankheitsursache als das Nervenleiden war auszuschliessen und mit der Besserung oder Verschlimmerung derselben ging die Häufigkeit und Intensität der Hautschwellungen Hand in Hand. Auch in der Literatur finden sich beim acuten umschriebenen Hautödem Störungen des Nervensystems, so Hysterie, Neuralgien,

Morbus Basedowii; Auftreten nach psychischen Erregungen, Alkoholmissbrauch; häufig bestand gleichzeitig Urticaria, von welcher Krankheit das Leiden vielleicht nur graduell verschieden ist. Die Affection ist demnach den Angioneurosen zuzuzählen; in einzelnen Fällen, in denen es in Folge andauernder und häufiger Schwellungen zu dauernden Störungen der Gewebe kommt, ist jedoch auch die Auffassung der „Trophoneurose" berechtigt.

777. ***Ueber typisches Fieber bei malignen Neubildungen des Unterleibes.*** *Von Dr.* **Kobler.** *(Wien. klin. Wochenschr. 1892. 23 u. 24. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 61.)*

Es sind in neuester Zeit eine Anzahl von Fällen zur Kenntniss gebracht worden (zuerst durch *Hampeln*), in welchen typisch wiederkehrendes Fieber mit Schüttelfrösten als Symptom von Unterleibsgeschwülsten maligner Natur beobachtet wurde. Insbesondere hatte *Kast* Gelegenheit, 5 Fälle zu obduciren, bei denen die Section keine andere Ursache für die im Leben beobachteten Fieberparoxysmen aufzudecken vermochte, als maligne Geschwülste, welche in der Gegend des Pylorus waren oder den ganzen Magen einnahmen. Man wird geneigt sein, hiermit auch die Fälle von Pseudoleukämie oder Lymphosarcomatose in Verbindung zu bringen, bei welchen *Pel* u. A. recurrirendes Fieber beobachtet haben (vergl. *Ebstein's* „chronisches Rückfallsfieber"). Die Ursachen dieser Erscheinungen sind noch völlig in Dunkel gehüllt. Der vom Verf. beschriebene, auf der *Schrötter*'schen Klinik beobachtete Fall von Icterus mit recurrirendem Fieber, bei welchem die Section ein auf den Ductus choledochus, die Leber und den Magen sich ausdehnendes Carcinom des Pancreaskopfes nachwies, war durch peritonitische und pleuritische Processe complicirt und kann daher, wie der Verf. auch selbst zugibt, in Bezug auf die Fieberätiologie nicht als reiner Fall angesprochen werden.

778. ***Ein seltener Fall von Empyem.*** *Von Dr.* **Rudolph.** *Aus der inneren Abtheilung des städt. Krankenhauses in Magdeburg. (Centralbl. f. klin. Med. 1892. 18.)*

Bei einem 18jährigen Schuhmacher war eine acute Pneumonie des linken Unterlappens in typischer Weise abgelaufen. Zehn Tage später tritt unter Schüttelfrost eine neue Pneumonie im linken Oberlappen auf; nach 3 Tagen Temperaturabfall, der jedoch nicht von Bestand war, indem schon am folgenden Tage wieder 39·5° gemessen wurde. Die Untersuchung ergab hinten links eine starke Dämpfung bei sehr abgeschwächtem Athmen, Pectoralfremitus, namentlich über den abhängigen Partien, wesentlich schwächer als auf der rechten Seite — Cor bis zum rechten Sternalrand —, hohe Pulsfrequenz. Der halbmondförmige Raum ist namentlich beim Aufsitzen des Pat. gedämpft. Die respiratorischen Excursionen der linken Lunge sehr schwach, starke Dyspnoe. Diagnose: Flüssigkeit in der linken Thoraxhöhle, höchst wahrscheinlich Empyem. Probepunction etwas nach hinten von der hinteren Axillarlinie im 6. Intercostalraum ergibt Eiter. Die Probepunction ergab Eiter und es wurde die Rippenresection unter Entfernung eines 4 Cm. langen Stückes der 7. Rippe ausgeführt, wobei sich 1 Liter Eiter entleerte. Die Empyemhöhle wurde täglich anfangs mit 2procentiger Carbolsäure, später mit Argent. nitr. 1 : 2000 ausgespült.

Pat. war nach der Operation 12 Tage lang fieberfrei, mit Ausnahme zweier Tage, wo die Temperatur etwas über 38·5 stieg. Da stieg die Temperatur am Abend des 2. März auf 39·5. Auffallend war es stets gewesen, dass die Dämpfung über dem Oberlappen der linken Lunge immer fortbestand. In Folge des hohen Fiebers wurde nun eine Probepunction in dem 2. Costalraum vorgenommen; es ergab sich auch hier Eiter und das Empyem wurde nun durch Resection eines 3 Cm. langen Stückes der 3. Rippe eröffnet und 2000 Ccm. Eiter entleert. Bei der digitalen Untersuchung der Abscesshöhle zeigte sich, dass nach hinten und oben der total comprimirte Oberlappen lag, rechts unten war das Herz deutlich zu fühlen, doch konnte die untere Wand der Abscesshöhle nicht abgetastet werden. Eine Communication zwischen den beiden Empyemhöhlen in der linken Thoraxhälfte war nicht vorhanden. Pat. war nach der letzten Operation andauernd fieberfrei, doch erst nach 3 Monaten zeigten die Empyemhöhlen ein günstigeres Verhalten. Bald nachher schloss sich die vordere Wunde, der Verschluss der hinteren Wunde wurde durch Vorhandensein eines kleinen Sequesters, von der Rippe stammend, aufgehalten, nach dessen Entfernung auch hier Verschluss stattfand. Es hatten sich also 2 von einander getrennte Empyemhöhlen in derselben Thoraxhälfte gebildet. Das pathologisch Interessante aber ist die Bildung der Scheidewand, die das Dach des unteren, den Boden des oberen Empyems vorstellte. Der junge Mann hatte früher nie eine Krankheit gehabt, speciell keine Brustfellentzündung, es ist daher kaum anzunehmen, dass die Zwischenschicht, in früherer Zeit durch pleuritische Adhäsionen gebildet, schon bestand, als die Lungenentzündungen und im Anschluss daran die Empyeme auftraten. Es muss wohl die Scheidewand sich erst während und nach Ablauf der acuten Pneumonien gebildet haben; dass sie aber dann in noch nicht 2 Monaten eine solche Festigkeit erlangen konnte, um 2 Kgrm. Flüssigkeit, und diese noch unter starkem Druck stehend, zu tragen, ist in hohem Masse frappirend. Der Pat. wurde geheilt entlassen. Die Deformität seines Thorax bestand in einer ganz geringen Retraction der linken Brusthälfte, von einer Scoliosis empyematica war noch nichts zu sehen. Die linke Lunge war wieder brauchbar geworden, die physikalischen Erscheinungen der Schwartenbildung waren über ihr nachzuweisen. *O. R.*

779. ***Schutzimpfung gegen die Cholera beim Menschen.*** *Von* ***Haffkine.*** *Aus dem Laboratorium des Institutes Pasteur. (Bull. méd. 1892. 61. — München. med. Wochenschr. 1892. 32.)*

Nach den kürzlichen Untersuchungen, die Verf. mit Meerschweinchen, Kaninchen und Tauben gemacht, übt die Einimpfung von Anticholeravaccine — aus den Reinculturen des Commabacillus nach der *Pfeiffer*'schen Methode je in Verstärkung und Abschwächung bereitet — auf Thiere verschiedener Art dieselbe Wirkung aus. Die Versuche auf den Menschen übertragend, machte zuerst sich Verf. selbst in die linke Weiche eine subcutane Injection von der sogenannten ersten Art der Anticholeravaccine, und zwar in einer höheren als für die Thierimpfung gebrauchten Dosis. Das Unwohlsein, welches durch diese Impfung entstand, dauerte circa 24 Stunden und bestand in einer Temperaturerhöhung um etwa

1 Grad mit leichten fieberhaften Symptomen (Kopfschmerz, Trockenheit im Munde, Harntrübung), ohne Beschwerden von Seite des Verdauungscanales. Als Localreaction bestand Schmerz an der Einstichstelle mit leichter Anschwellung der Haut und der entsprechenden Drüsen; der Schmerz war am 5. Tage, die Anschwellung in allmäliger Abnahme erst am 9. Tage verschwunden. Sechs Tage nach der ersten Einimpfung liess sich Verf. eine zweite in die rechte Weiche machen, und zwar mit dem verstärkten Choleravirus (Nr. 2 der Vaccine). Es folgte wieder Temperaturerhöhung, bis 38·6°, localer Schmerz, aber keine Schwellung, der Allgemeinzustand nach 28 Stunden wieder normal, der Schmerz nach drei Tagen verschwunden, keine Verdauungsstörungen. Die folgende Impfung, die bei einem Arzte aus St. Petersburg vorgenommen ward, verlief ebenso wie bei Verfasser, die Impfung mit dem verstärkten Virus blieb jedoch beinahe reactionslos; dasselbe war der Fall bei einem Arzte aus Tiflis, welcher blos vier Fünftel der vorher angewandten Dosis erhielt. Dieselbe Menge wird einem Ingenieur aus Moskau, der einige Tage lang an leichter Diarrhoe gelitten hatte, subcutan am linken Arm injicirt, die Temperatur stieg bis auf 38·5°, um nächsten Tages wieder auf 37·4° zurückzugehen, Schwellung und Schmerz an der Injectionsstelle hielten noch vier Tage an, die Diarrhoe war am Tage nach der ersten Impfung ausgeblieben. Die Einimpfung dieser beiden Arten von Anticholeravaccine, deren Schutz für das Thier experimentell festgestellt ist, ist ohne Gefahr für den Menschen und Verf. hegt die sichere Hoffnung, dass der Organismus des Menschen sechs Tage nach der Impfung die vollständigste Immunität gegen jede Cholerainfection erlangt haben wird.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

780. ***Zur Therapie der Lungentuberculose.*** *Von Dr.* ***Hausmann,*** *Meran.*

Bei der grossen Anzahl von Mitteln, welche gegen die Lungentuberculose empfohlen wurden, ist es für den Praktiker von Werth, eine Zusammenstellung der neueren Medicamente und Methoden von Bedeutung zu erhalten, wobei wir besonders dem therapeutischen Jahrbuche (1891) von *Nitzelnadel* folgen. Nach *Tranjen* wird eingespritzt intermusculär in die Glutäa alle 10—12 Tage eine volle *Pravaz*'sche Spritze von

Rp. *Hydrarg. thymolo-acet.* *0·75,*
Paraffin. liquid. *10·0,*
Ter. exactissime.

Nach der zweiten oder dritten Injection erhalten die Patienten Kal. jod. 5 : 200, 3mal täglich 1 Esslöffel. Es soll bei Anfangsstadien hochgradige Besserung, bei nicht zu weit vorgeschrittener Krankheit eine entschiedene Besserung, bei schweren Fällen kein Schaden erzielt worden sein (Berlin. klin. Wochenschr. 1891, pag. 386). Die Dämpfe von einem in heisses Wasser gestellten

Fläschchen von Ol. menth. pip. 2—4 Minuten lang eingeathmet, werden ebenfalls empfohlen. Zu Klystieren wird empfohlen:

Rp. *Creosot* 2·0—4·0,
Ol. amygd. dolc. 25·0,
Vit. ov. I.
Aq. 200·0,
Tragacanth. 0·03.

Das Klysma Abends zu verabreichen, vorher ist der Darm durch Warmwasserklystiere auszuspülen. Nach *Sommerbrodt* soll Creosot innerlich 1·0 pro die bis 4 Grm. gegeben werden in Kapseln mit Ol. jec. aselli und 0·1 Creosot. Bei Aermeren Creosot 1·0, Tinct. Gent. 2·0, 3mal täglich 20—80 Tropfen, reichlich mit Wasser verdünnt. Bei Spitzencatarrhen Inhalationen von:

Rp. *Guajacol* 5·0,
Aq. 3—4000.

Gegen Lungentuberculose ist ferner empfohlen:

Rp. *Ol. olivar. purissim.* 1·0,
Jodoform 0·01,
Guajacol 0·05.

Täglich am Rücken 1—3·0 eingespritzt. Ganz besonders sollen bei pleuritischen Exsudaten gute Erfolge damit erzielt sein. Bei Tuberculose der Knochen, Drüsen, Gelenke soll ausser der localen Behandlung intern gegeben werden: 4—5mal täglich 2—5 Tropfen Guajacol in 100—150 Zuckerwasser, Milch, Fleischbrühe, Bier, Wein, Wasser mit Arrac (Wien. med. Presse 1891, pag. 1094). Bei Pharyngitis Natr. salicyl. oder Salol 4—6·0 pro die (Fortschr. d. Med. 1891, pag. 201). Bei Laryngospasmus: Reizung der Nasenschleimhaut durch einen mit Chinin und Zucker imprägnirten Gänsefederkiel, besonders bei Beginn des Anfalles (Ther. Monatsh. 1891, pag. 402). Bei acuter Laryngitis: Inhalation von Mentholdämpfen in 5—20procentigen Lösungen oder

Rp. *Acid. carbol.* 0·6—1·0,
Cocain. mur. 0·25—0·5,
Glyc. pur. 50·0,
Aq. dest. 450·0.
S. 3mal täglich inhaliren,

oder

Rp. *Natr. benzoic.* 15·0,
Syrup. tereb. 50·0,
Syrup. toluan. 12·0.
S. 2stündlich 1 Esslöffel,

oder Halsmassage von der Unterkieferfurche auf- und abwärts, aber Nachts Halspriessnitz (Deutsch. med. Wochenschr. 1891, pag. 490). Bei L a r y n x p h t h i s e: Einstäubung von 4proc. Cocainlösung 2—3stündlich. Zu Pinselungen:

Rp. *Morph. hydrochl.* 0·2,
Acid. carb.
Acid. tannic. aa. 1·5,
Glyc.
Aq. aa. 16·0.

S. 2mal täglich den Larynx pinseln. Ausserdem dieselbe Lösung 2—3mal täglich verdünnt zerstäuben.

Ist der Auswurf fötid: Tinct. Santal. 3—5mal täglich 5 Tropfen. Bei Darmcatarrh Tuberculöser ist sofort grosse Sorgfalt auf die Diät zu richten. Gemüse, rohes Obst, Compot, ungekochte Milch, im Nothfalle auch gekochte Milch sind zu verbieten. Kalkwasser, Milchsäure, Bism. salicyl. sind intern anzuwenden. Sehr günstig wirkt Dalmatinerwein. Gegen Nachtschweisse ausser Atropin vor dem Schlafengehen 1 Esslöffel Cognac in einem Glase kalter gekochter Milch.

781. ***Choleraschutz und Cholerabehandlung.*** *Von* ***W. Winternitz.*** *(Blätter f. klin. Hydrother. 1892. 7. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 31.)*

Vorläufig beträgt die Choleramortalität im Durchschnitt etwa 50 Procent; *Winternitz* hofft, dass sie durch Hydrotherapie herabgedrückt werde. Seine Methode ist zwar keine ätiologisch-rationelle, sondern eine klinisch-rationelle, symptomatische. Prophylactisch und zur persönlichen Desinfection empfiehlt *Winternitz* Waschungen und Bäder, Vermeidung von Diätfehlern, Erkältungen, Excessen. Eine allmorgendliche diätetische Wassercur hat tonisirende, die Innervation und Circulation kräftigende, Erkältungen vorbeugende, abhärtende, die Verdauung bessernde Wirkungen. Nach jeder Badeprocedur eine rasche und prompte Wiedererwärmung — das ist eine häufig vernachlässigte Massregel. Es wäre Aufgabe der Behörden, durch Belehrung und Errichtung von Volksbädern prophylactisch gegen die Cholera vorzugehen. Die prämonitorische Diarrhoe ist gewissermassen schon als beginnende Cholera zu betrachten. *Gull* theilt mit, dass die Cholera selten zur Entwicklung kam, wo die Diarrhoe gleich von Anfang entsprechend behandelt wurde. Der Hauptgrund für die Wirksamkeit der Hydrotherapie bei allen Diarrhoeformen beruht darauf, dass Blutgefässe, deren Wände durch hydriatische Proceduren hoch tonisirt sind, weniger durchlässig werden. Die einfachste, am leichtesten überall durchführbare und geradezu fast ausnahmslos wirksame Methode ist die Abreibung in einem in möglichst kaltes Wasser getauchten Leintuche mit folgendem 8—15gradigem Sitzbad von 15—30 Minuten; hierbei muss der Kranke an allen nicht im Wasser befindlichen Theilen gut in eine Wolldecke gehüllt und sein Unterleib kräftig frottirt werden. *Winternitz* hat zahlreiche Kranke im Stadium der prämonitorischen Diarrhoen, von denen einzelne Wadenkrämpfe, Erbrechen, kalte Extremitäten und schon ganz entfärbte Entleerungen hatten, hydriatisch mit bestem Erfolge behandelt. Im algiden und asphyctischen Stadium ist Kälteeinwirkung (Eisabreibungen, Uebergiessungen, Sturzbäder, kalte Bäder, Umschläge u. s. w.) sehr rationell.

782. ***Rahmgefrorenes bei Magengeschwür.*** *Von* ***Hershey.*** *(Bull. gén. de thér. 1892. 15. Janv. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 9.)*

In drei Fällen von Magengeschwür, wo die Patienten selbst peptonisirte Milch erbrachen, wurde vom Verf. auf der Klinik *Da Costa* Rahmgefrorenes mit sehr günstigem Erfolge angewendet. Dieses wurde ausgezeichnet vertragen, nach 1—2 Monaten assimilirten die Patienten successive auch schwerere Nahrung. Verf. bemerkt mit Recht, dass das Gefrorene zunächst durch seine Kälte Anästhesie hervorruft und die die Verdauung begleitenden Schmerzen

lindert; überdies ist es ein leicht assimilirbares, ausserordentlich nahrhaftes Nutriens. Wichtig ist es, immer frischen und unverfälschten Rahm zu verwenden; mehr als 24 Stunden gestandenes Gefrorenes ist nicht mehr zu verwenden. In Fällen, wo keine andere Nahrung vertragen wird, gibt es allein die zur Heilung der Geschwüre so nothwendige Ruhe des Magens und erhält die Kräfte des Patienten.

783. ***Bewährte Cholera mittel.*** *Mitgetheilt von* ***J. Wachsmuth****, Berlin. (Allg. med. Central-Ztg. 1892. 61.)*

I. Rp. *Kali hypermang.*
(Solut. recens praepar.) 1:1000,
Guttam.
Aq. dest. *30·0.*

S. Kindern alle 5 Minuten einen Theelöffel voll und Eiswasser.
S. Erwachsenen alle 5 Minuten einen Esslöffel voll neben Eispillen.

II. Rp. *Magnes. ust.* Grm. *2·0,*
Aq. dest. q. s. ad *30·0,*
Spirit. Menth. guttam.
Syrup. simpl. Grm. *5·0.*

S. Kindern alle 10 Minuten einen Theelöffel voll neben Eiswasser.
S. Erwachsenen alle 10 Minuten einen Esslöffel voll neben Eispillen.

III. Rp. *Inf. Flor. Arnic.* (1 Dgrm.) *30·0,*
Natr. bicarb. *1·0,*
Spirit. Menth. guttam
Tinct. Opii simpl. guttam dimid.
Syrup. simpl. *5·0.*

S. Kindern halbstündlich einen Thee- bis Kinderlöffel.
S Erwachsenen einen Esslöffel voll (statt Tinct. Opii simpl. guttam dimid. „gutt. 5").

Bei starkem zunehmendem Collaps — Kindern 5 Tropfen Tinct. Arnic. auf einen Theelöffel voll schwarzen Kaffee. Erwachsenen bis zu einem Theelöffel Tinct. Arnic. 3mal täglich. Ausserdem Kaltwassercompressen auf Leib und Hinterkopf. Bei Hitze wechseln, sonst Liegenlassen zur Transpiration. Morgens und Abends kalt abwaschen mit Seesalz, Frottiren und in wollene Decken wickeln. Cognac mit Sodawasser. Wohlhabenden Champagner auf Eis. Diät. Schwarzer Kaffee mit Rum, Haferschleim; am anderen Tag Hammelfleisch mit Reis und Muscatnuss. Glühwein mit Kraftmehl, Zimmt und Nelken.

784. ***Neuere Erfahrungen über die Wirkung des Natron salicylicum.*** *Von Dr.* ***Marcus Fay****, Debreczin. (Wien. med. Blätter. 1892. — Med. Neuigkeit. 1892. 29.)*

Nebst der längst anerkannten Wirkung des salicylsauren Natrons bei acutem Gelenksrheumatismus wirkt das Mittel auch bei anderen acuten Erkältungskrankheiten ganz vorzüglich. So leistet es z. B. bei den in kalter Jahreszeit sehr häufig auftretenden Pharyngitiden selbst nach Weglassung eines jeden Gurgelwassers vorzügliche Dienste. Diese Fälle heilen nach 3—4 Tagen. Die günstige Wirkung des salicylsauren Natrons bei Behandlung der Gallensteine, welche *Unna* zuerst hervorhob, wollte *Stiller* dadurch erklären, dass es die Gallensecretion anregt und auf diese Weise die Steine fortschwemme. *Fay* scheint diese Erklärung wenig an-

nehmbar. Er wendet das salicylsaure Natron seit 6 Jahren bei Nierensteinen an und fand, dass auch diese dadurch rasch zur Elimination aus dem Organismus gebracht werden, ohne dass aber bei der Ausstossung die Diurese gesteigert erschiene. Er glaubt vielmehr, dass das Natrium salicylicum in solchen Fällen eine specifische Wirkung auf die glatten Muskelfasern ausübt, analog der Wirkung des Ol. therebinthinae im *Durand*'schen Mittel. Die Angaben *Fay's* sind genauerer Prüfung werth.

785. ***Die Heilung der Malaria mit salpetersauren Alkalien.*** *Von Dr.* **Peter Buro.** *(Pest. med.-chir. Presse. 1892. 30.)*

Der Kalisalpeter wird von *J. D. Hunter* 1890 als Heilmittel des Sumpffiebers erwähnt. Verf. prüfte die beiden Alkalisalze der Salpetersäure in einer Malariagegend auf ihre Wirksamkeit und gelangte zu folgenden Schlüssen: Die salpetersauren Alkalien sind specifische Heilmittel der typischen Malariaintermittens, es möge deren Typus ein quotidianer, tertianer oder quartaner sein. Bei Malaria continua, remittens und typhosa wurden dieselben nicht versucht, doch dürfte es bei denjenigen derartigen Fällen, welche durch das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Generationen von Hämamöbe im Blute hervorgerufen werden, gleich dem Chinin, welches hier in bestimmten Zwischenräumen wiederholt zu reichen ist, ebenfalls wirksam sein. Sowohl Kalium als Natrium nitricum zeigen eine gleich exacte Wirkung. das letztere hat aber den Vorzug, dass es eine immerhin mögliche toxische Kaliwirkung ausschliesst und zum subcutanen Gebrauch geeigneter ist, indem es sich in Wasser um das Drei- bis Vierfache besser löst. Die gewöhnliche Einzelgabe beträgt bei Erwachsenen 1—1·5 Grm., welche sowohl im fieberfreien als im fiebrigen Stadium gegeben werden kann, doch sind manchmal auch grössere oder doch mehrmalige Dosen erforderlich. Es gibt Fälle, allerdings seltene, wo die Anfälle durch den Salpeter nicht verhütet werden können. Die Ursache ist ebenso unbekannt, als die, warum uns das Chinin, auch zur gehörigen Zeit gereicht, in gar nicht so seltenen Fällen im Stiche lässt. Uebrigens gibt es hinsichtlich des Chinins gewisse Erklärungen, die theils auf klinischen, theils auf mikroskopisch-ätiologischen Erfahrungen beruhen. So soll das Chinin bei gleichzeitig bestehenden Entzündungen oder Catarrh unwirksam sein *(Korányi)*. Eine Ursache der Wirkungslosigkeit des in einmaliger Dosis gegebenen Chinins findet *Plehn* für gewisse Fälle darin, dass in jenen Fällen verschiedene Entwicklungsstadien der Hämamöbe, folglich auch die Sporulationsform, im Blute vorhanden waren, und müsse in solchen Fällen das Chinin in öfter wiederholten Dosen gleichsam als fractionirte Desinfection des Blutes gereicht werden. Die salpetersauren Alkalien haben vor anderen Malariamitteln den Vorzug, dass sie ohne Rücksicht auf die Zeit der Darreichung und das Stadium der Erkrankung jederzeit ihre Wirkung entfalten; ferner dass sie, abgesehen von ihrer angenehmen, einfachen Beibringungsweise, was besonders bei Kindern, aber auch bei vielen Erwachsenen eine Rolle spielt, die Verdauungsorgane nicht alteriren, keine Nervengifte vorstellen, ja dass sie überhaupt nicht als giftige Substanzen zu betrachten sind — die immerhin mögliche Herzwirkung des Kali nitricum lässt sich durch Anwendung des Natronsalzes ausschliessen. *O. R.*

786. ***Ueber die therapeutische Verwendung des Trionals und Tetronals.*** *Von Dr.* ***A. Schaefer.*** *Aus der psychiatrischen Klinik des Professor Binswanger, Jena. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 29.)*

Verf. gelangte auf Grund zahlreicher Versuche (ca. 630 Einzelgaben) zu folgenden Schlusssätzen: 1. Trional und Tetronal sind zwei Mittel mit ausgesprochener hypnotischer und zugleich beruhigender Wirkung. Die beruhigende Eigenschaft kommt in etwas höherem Masse dem Tetronal zu. Der Eintritt der Wirkung ererfolgt schon nach 10—20 Minuten. 2. Trional ist als sicheres und prompt wirkendes Hypnoticum bei Schlaflosigkeit, in den verschiedenen Formen der Neurasthenie, der functionellen Psychosen und organischen Hirnleiden indicirt. Gänzlich versagt hat es nur in Fällen, wo Morfiococaïn-Abusus stattgehabt hatte und wo körperliche Schmerzen in den Vordergrund traten. 3. Tetronal ist indicirt als Schlafmittel bei den Psychosen, wo motorische Unruhe mässigen Grades den Nachtschlaf nicht eintreten lässt. 4. Nicht empfehlenswerth sind beide als Beruhigungsmittel bei den höheren Graden psychischer Erregung mit heftigem Bewegungsdrang. 5. Die wirksame Dosis liegt bei 1·0—2·0 Grm. Einmalige Dosen von 3·0 und 4·0 Grm., Tagesdosen von 6·0—8·0 Grm. können ohne Bedenken gegeben werden. 6. Die Darreichung erfolgt am besten direct vor dem Schlafengehen. Das Mittel ist in Milch oder Wein gelöst zu verabfolgen. 7. Schädliche Einwirkungen auf Körperorgane ausser auf den Magen- und Darmcanal in geringer Intensität wurden nicht constatirt. 8. Nebenerscheinungen, die das subjective Wohlbefinden der Kranken beeinträchtigten, kamen bei einer verhältnissmässig geringen Zahl von Verabreichungen zur Beobachtung. 9. Auch nach längerer Darreichung traten beim Weglassen der Mittel keine auffälligen Symptome hervor; ebenso scheint eine Gewöhnung an dieselben ausgeschlossen zu sein.

787. ***Hyoscin als Sedativum bei chronisch-geisteskranken Frauen.*** *Von Dr.* ***Näcke,*** *Hubertusburg. (Zeitschr. f. Psych. 1892, XLVIII, 4, pag. 301. — Schmidt's Jahrb. d. ges. Med. 1892. 7.)*

Die verschiedenen Autoren, die bisher vom Hyoscin Anwendung machten, sind zu einer Einigung über den Werth des Mittels nicht gelangt. Manche sehen in einer zu geringen Menge die Ursache des Misserfolges. Verf. hat nun in einer Versuchsreihe, welche auf 29 chronisch geisteskranke, unruhige Frauen im mittleren und vorgerückten Lebensalter ausgedehnt wurde, sehr hohe Dosen Hyoscinum hydrojodicum, und zwar innerlich, angewandt: 26 bekamen 4—6 Mgrm. pro die, theilweise wochenlang, eine Kranke nahm sogar 8 Mgrm. zwei Wochen hindurch. Bei den 29 Kranken waren 6mal „ganze“, 14mal „halbe“ Erfolge zu verzeichnen; die übrigen 9 Kranken schienen durch das Medicament nicht beeinflusst zu werden. Die Anwendung solcher Gaben verbietet sich indessen durch den sehr ungünstigen Einfluss, den die Körperkräfte erleiden, wenn das Hyoscin in solchen Mengen gereicht wird. Viele collapsartige Zustände, kleiner Puls, Schwindel auf der einen Seite, dann allmälig eintretende Blässe und Schwäche, ja sogar Cachexie bei den meisten Kranken auf der anderen Seite sind die Nachtheile, welche die Anwendung des Mittels in so

aussergewöhnlichen Mengen zu Wege brachte, und welche die Giftigkeit und Gefährlichkeit des Hyoscins darthun. Gewöhnung an das Mittel trat bald ein. Mit den Ausführungen des Verf. decken sich wohl die Erfahrungen der meisten Psychiater.

788. ***Die specifische Heilwirkung des Salol bei Cholera.*** *Vorläufige Mittheilung von Dr. **W. Löwenthal**, Paris. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 32.)*

Verf. hat auf Grund von Laboratoriums- und Thierversuchen für die Behandlung der Cholera Salol in einer Erstgabe von 2 Grm., gefolgt von stündlichen oder halbstündlichen Gaben von je 0·50—1 Grm., vorgeschlagen. Dieser Rath wurde nun befolgt und hat Dr. *Fr. J Gonzalez y Salvador* in Iba (Philippineninseln) von 53 derart behandelten Fällen nur 3 verloren = 6 Procent, während die Sterblichkeit bei jeder anderen Behandlung, während der augenblicklichen und der vorhergegangenen Epidemie, auf durchschnittlich 45 Procent sich erhielt. *R.*

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

789. ***Zur Behandlung brandverdächtiger Darmbrüche.*** *Von Dr. **Thorkild Rovsing**. (Centralbl. f. Chir. 1892. 28.)*

Auf die Schwierigkeiten der Behandlung, wenn bei der Herniotomie eine brandverdächtige Darmschlinge vorgefunden wird, hinweisend, macht Verf. auf eine gleichzeitig von *Graefe* und ihm beschriebene und empfohlene Methode aufmerksam. Diese besteht ganz einfach darin, dass man die verdächtige Darmschlinge, nachdem die Incarceration gehoben ist, hervorzieht und durch wenige Catgut- oder Seidennähte, welche nur Serosa des Darmes fassen, an der Bauchwand befestigt. Man hüllt dann den Darm vorsichtig in sterilisirte Gaze ein und wartet nun ab, ob er sich erholen oder gangräneseiren will. Erholt sich die Darmschlinge, dann werden die Nähte entfernt, die Darmschlinge versenkt und die abgebrochene Herniotomie vollendet. Ist Gangrän eingetreten, dann wird entweder der Darm resecirt oder ein widernatürlicher After angelegt. Nach Verf. hätte man diese einfache Methode gewiss schon früher angewendet, wenn man nicht die Vorlegung des Darmes als brandbefördernd gefürchtet hätte. Die von *Graefe* und ihm operirten Fälle zeigen aber, dass selbst höchst verdächtige und durch mehrere Tage incarcerirte Darmschlingen sich trotz Hervorlegung und Verband erholen können. Verf. theilt noch die Krankengeschichte des von ihm operirten Falles, welche früher in der dänischen Zeitschrift „Hospitals tidende", 1892, Nr. 18, veröffentlicht wurde, in Kürze mit. Wir entnehmen derselben folgende Stellen: Als der Bruchsack gespalten wurde, präsentirte sich eine blauschwarze, 11 Cm. lange Darmschlinge und ein sehr missgefärbter Netzklumpen, welcher gleich in zwei Theilen unterbunden und entfernt wird. Der Bruchring wird eingeschnitten und die Darmschlinge mit grosser Vorsicht hervorgezogen. Es zeigen sich dann mehrere glanzlose und entfärbte Stellen an der Incarcerationsfurche, die Serosa ist an einem Punkte geborsten und blutet hier. Die

ganze Darmschlinge ist glanzlos, hier und da ganz schwarz; man wagt es daher nicht, den Darm zu reponiren, weil Gangrän sehr drohend scheint. Es wurde also eine 20 Cm. lange Darmschlinge hervorgezogen und durch drei Catgutnähte, deren zwei die Serosa des Darmes, die dritte das Mesenterium fasste, in der Wunde fixirt. Nach Irrigation mit sterilisirter Cl Na-Lösung (6 pro Mille) wurde die Darmschlinge vorsichtig in trockene sterilisirte Gaze eingehüllt und ein steriler Watteverband mit leicht comprimirenden Gazebinden befestigt. Das Erbrechen hörte gleich nach der Operation auf. Am dritten Tage wurden reichlich Flatus, am vierten Tage Stuhl entleert. Die Temperatur blieb normal. Am vierten Tage wurde dann der Verband abgenommen; nur die innersten Gazecompressen waren leicht befeuchtet, sonst kein Secret. Die drei Catgutnähte wurden dann entfernt und die Darmschlinge, welche bogenförmig mässig von Luft aufgebläht emporstand, ohne Schwierigkeit reponirt. Es wurde nun die Radicaloperation gemacht, indem der Bruchsackhals durch vier Catgutnähte geschlossen und der Bruchsack abgeschnitten wurde. Es folgte glatte Heilung und die Patientin konnte, mit einem Bruchbande versehen, geheilt entlassen werden. *O. R.*

790. ***Ueber plötzliche Todesfälle im Wochenbett in Folge von reiner Thrombose der Hirnsinus, sowie in Folge von heftiger Degeneration des Herzens.*** *Von Prof.* **Ehrendorfer.** *(Wien. med. Presse. 1892. 19 u. 20. — Der Frauenarzt; 1892. 6.)*

1. 22jährige gesunde Fabriksarbeiterin war von einem gesunden Kinde normal entbunden worden. Das Wochenbett verlief regelmässig. Am 11. Tage desselben erkrankte sie plötzlich beim Aufstehen unter Ohnmacht, Erbrechen. Es stellten sich schnell Pupillendifferenz, Convulsionen der rechten oberen Extremität, Zuckungen der rechten unteren ein; am nächsten Tage Depressionszustände im Centralnervensystem und nach 17 Stunden der Tod. Die Section ergab reine Thrombose des Sinus falciformis und der Venen der Dura und Pia mater, Hämorrhagien unter der Dura und zwischen den Hirnhäuten, beginnende theilweise Gehirnerweichung, Thrombose der Sinus transversus und der Jugularis interna. Der Blutaustritt in die Meningen und Gehirnsubstanz und Erweichung dieser war die Folge der venösen Stauung durch Gerinnung des Blutes in dem Sinus falciformis transversus und der Vena jugularis interna. Durch die Section konnte festgestellt werden, dass weder eine septische Infection, noch eine Entzündung in den Sinus und den Meningen vorhanden war. Es war also eine reine Thrombenbildung (im Gegensatze zur entzündlichen). Auffällig war eine geringe Temperatursteigerung vor dem Tode (38°), welche bei einfacher Thrombose nicht selten beobachtet wird. Eine Erklärung für Entstehung der Thrombose findet Verf. in Veränderungen der innersten Auskleidung der Hirnsinuswand, eventuell der in sie einmündenden Venen, welche durch Aenderung der Blutqualität und Quantität, durch Störungen der Gefässinnervation und Circulation des Blutes in der Schwangerschaft, besonders aber bei der Geburt und im Puerperium hervorgerufen werden können und durch Ansammlung der an Zahl vermehrten Leukocyten an solchen Stellen, den ersten Anlass zur Gerinnselbildung geben. Dasselbe

ist ja bei den reinen Schenkelvenenthrombosen der Fall, welche durch Druckwirkung allein nicht zu erklären sind. 2. 22jährige, etwas anämische, sonst gesunde Dienstmagd, wegen Wehenschwäche von Zwillingen durch die Zange entbunden. Nach der Entbindung der Kinder stellte sich ein hochgradiger Schwächezustand ein, ohne dass ein das gewöhnliche Mass überschreitender Blutverlust eingetreten wäre, so dass die Nachgeburt künstlich gelöst werden musste. Die Schwäche nahm trotz aller Gegenmittel zu und eine Stunde nach Abgang der Nachgeburt trat der Tod ein. Bei der Section fand sich als Erklärung fettige Degeneration und Atrophie des Herzens, der Leber und der Niere. Die plötzlichen Todesfälle kurz nach der Geburt oder in den ersten Tagen des Wochenbettes mit Fettentartung des Herzens wurden meist einer sehr acut verlaufenden Sepsis zur Last gelegt. Es sprechen ätiologische Gründe für das Vorkommen einer fettigen Degeneration des Herzens, welche schon während der Schwangerschaft beginnt, in manchen Fällen durch dieselbe bedingt und beschleunigt wird, und welche während der Geburt und des Wochenbettes unter Umständen tödtlich werden kann. Die Schwangerschaft stellt an die Thätigkeit des Herzens erhöhte Ansprüche, diese fällt natürlich dem angeboren atrophischen Herzen, wie bei Chlorose, oder dem durch verschiedene Zustände, wie Kräfteverlust, Blutungen etc. in der Substanz geschädigten Herzen schwerer. Dazu tritt als schwächendes Moment die veränderte Beschaffenheit des Blutes als schlechtes Nährmaterial, die Sauerstoffarmuth des Blutes Schwangerer, wodurch die fettige Degeneration des Herzens, der Leber und Nieren begünstigt wird.

791. ***Resection eines Harnleiters.*** *Von Prof.* ***Küster.*** *Vortrag, gehalten beim XXI. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Juni 1892. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 32.)*

Es handelte sich um einen Kranken, bei dem von *Braun* eine Hydronephrose eröffnet war. Seitdem ging kein Tropfen Urin mehr auf normale Weise ab. Ein Versuch, den Harnleiter zu sondiren, misslang. Jetzt plante Verf. die Aufsuchung des Ureters und Einpflanzung desselben in das Nierenbecken. Er machte einen Schnitt wie zur Unterbindung der Art. iliaca communis. Der Ureter fand sich an der hinteren Wand einer besonderen Ausbuchtung in dem hydronephrotischen Sacke ausmündend, er wurde gespalten. $2^1/_2$ Cm. unterhalb des Sackes war er stenosirt und nur für die feinste Sonde durchgängig. Er wurde nun trichterförmig in das Nierenbecken eingenäht. Die Wunde wurde tamponirt und offen gelassen. Wenige Stunden nach der Operation gingen schon 250 Grm. blutigen Urins durch die Harnröhre ab. Nach vier Monaten stellte sich eine stärkere Urinentleerung per vias naturales ein, es ging der grössere Theil der täglichen Harnmenge auf normale Weise ab, nach Schluss der Fistel mittelst Etagennähten jetzt sogar die Gesammtmenge. In der darauffolgenden Discussion berichtet *Trendelenburg* (Bonn) über einen ähnlichen Fall und folgert daraus, dass die plastischen Operationen am Nierenbecken den Exstirpationen der Niere vorzuziehen seien. *Alsberg* (Hamburg) berichtet über einen Fall, wo nach Operation der Hydronephrose sämmtlicher Urin durch die Fistel abging. Es gelang indess eine Sondirung des Ureters mit einem dünnen Bougie, und mehrere

Tage nach der Catheterisation des Ureters hat sich denn auch die normale Harnentleerung wieder eingestellt. Die Fistel hat sich allmälig geschlossen.

792. ***Salzwassertransfusion bei Shock.*** *Von Dr.* ***A. Kottmann.*** *(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1891. 24. — Deutsch. med. Ztg. 1892. 60.)*

Während es dem Verf. trotz vieler Versuche niemals gelang, bei Verblutungen durch die genannten Injectionen ein Menschenleben zu retten, indem er nur für kurze Zeit ein Wiederaufflackern der Lebensthätigkeit zu erzielen vermochte, ist es ihm doch gelungen, in mehreren Fällen von Shock nach schweren Verletzungen durch Injection von circa 800 Grm. der 38·5° warmen Lösung in die Vena cephalica das Leben zu retten, nachdem sich alle sonst üblichen Belebungsmittel als erfolglos erwiesen hatten. Patienten, welche an Shock leiden, tragen sehr häufig solche Verletzungen an sich, welche eine grössere Operation, meistens eine Absetzung von Gliedmassen, verlangen. Man weiss aber aus Erfahrung, dass bei solchen Verwundeten operative Eingriffe wegen Steigerung des Collapses sehr gefährlich sind und am besten so lange aufgeschoben werden, bis der Kranke sich erholt hat. Aber auch Reinigung der Wunde und Blutstillung sind möglichst bald zu besorgen; beide können aber meist nicht ohne Narcose ausgeführt werden, da die Patienten trotz ihres Stupors doch äusserst empfindlich sind. Die Erfahrung ergibt nun, dass Shockkranke nur mit grösster Vorsicht chloroformirt werden dürfen, indem schon nach wenigen Zügen die Herzschwäche einen bedenklichen Charakter annimmt. Anders verhält es sich in diesen Fällen mit der Aetherisirung bei solchen Patienten, indem nicht nur schnell und leicht eine genügende Analgesie geschaffen, sondern durch die Einathmung des Aethers dieselbe belebende Wirkung veranlasst wird, wie sie als Folge der subcutanen Injection desselben bekannt ist. Der vor wenigen Minuten noch kaum fühlbare Puls wird grösser, voller und regelmässiger, die Athmung tiefer; die Gesichtsfarbe fängt an sich zu röthen und nach kurzer Zeit zeigt sich warmer Schweiss als sicherstes Zeichen der wieder beginnenden Reaction. Wenn also bei den schweren Fällen von Shock eine Salzwassertransfusion sehr anzurathen ist, so genügt bei leichteren die Aetherisirung, um die Herzkraft so zu heben, dass selbst eingreifende Operationen glücklich zu Ende geführt werden können.

793. ***Ein durch seine Aetiologie seltener Fall von Blasenscheidenfistel.*** *Von Dr.* ***Merttens,*** *Marburg. (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk. Bd. XXIV, pag. 100. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 58.)*

Bei einer Fünft-Gebärenden hatte sich nach Angabe der die Geburt leitenden Aerzte folgendes Bild dargeboten: Vor dem in der Scheide bereits stehenden Kopfe war eine etwa 1/2 Cm. dicke Membran zu fühlen. In der Meinung, es mit einer Conglutinatio colli zu thun zu haben, wurde diese Membran durchschnitten. Es entleerte sich Urin aus der Oeffnung. Eine markstückgrosse Blasenscheidenfistel, welche bis auf das Collum uteri übergriff, war die Folge davon. Durch nachträgliche Reconstruction des Falles gelang es, den wahren Sachverhalt festzustellen. Es bestand näm-

lich gleichzeitig ein Uterusfibrom, welches sich bei der Geburt in das kleine Becken hineingeschoben und das Tiefertreten des Uterus, sowie die Erweiterung des Cervix verhinderte. In Folge dessen dehnte der Kindskopf die vordere Collumwand stark aus und trieb diese nebst der Blase in die Schamspalte. Hierdurch wurde die Conglutination vorgetäuscht, da durch das Fibrom einerseits und den Kopf des Kindes andererseits beide Scheidenwände fest auf einander gepresst wurden. Die Blasenscheidenfistel wurde dann in der *Ahlfeld*'schen Klinik nicht durch die Fisteloperation, sondern durch Kolpokleisis (Verschluss der Vagina) geheilt.

794. ***Habitueller Abortus.*** *Von* ***E. P. Mc. Kee,*** *Cincinnati. (Amer. Journ. of obstetr. 1892, Juni-Heft, pag. 775.)*

Unter „habituellem Aborte" verstehen wir jene Fälle, in denen ohne uns bekannter, d. h. nachweisbarer Ursache jedesmal, wenn die Frau gravid wird, Abortus eintritt. Am besten wirkt in diesen Fällen die schon von *J. Y. Simpson* anempfohlene Darreichung von Chlorkali, und zwar zu 2·0—2·8 dreimal des Tages längere Zeit hindurch genommen. In den meisten Fällen von habituellem Abortus findet sich die Placenta umschrieben verfettet. Da Verfettung Zeichen einer nicht entsprechenden Ernährung ist, so muss man trachten, letztere hintanzuhalten. Am besten geschieht dies auf dem Wege der Darreichung des Chlorkalis, da dieses eine Arterialisirung des Blutes erzeugt. Verf. erwähnt aus seiner Erfahrung einige Fälle, in denen es ihm gelang, nach Darreichung von Chlorkali eine längere Zeit hindurch den sonst sich stets wiederholenden Abortus hintanzuhalten und die Geburt lebender, ausgetragener Früchte zu erzielen. (Dass, wie dies *Fehling* in Basel vor Kurzem nachwies, die Verfettung der Placenta — eigentlich der sogenannte weisse Infarct derselben — als Folge einer Nephritis der Graviden auftritt, scheint Verf. unbekannt zu sein. Ref.) *Kleinwächter.*

795. ***Ueber die Einwirkung des Chloroform auf den normalen Geburtsverlauf nach Untersuchungen mit dem Tokodynamometer.*** *Von* ***Dönhoff,*** *Assistent an der Göttinger Frauenklinik. (Arch. f. Gyn. Bd. XL, Heft 2, pag. 305.)*

Um die immer noch nicht gelöste Streitfrage zu klären, ob das Chloroform die Wehenthätigkeit nicht oder ungünstig beeinflusst, chloroformirte *Dönhoff* 8 Kreissende in verschiedener Intensität und bestimmte gleichzeitig mittelst des *Schatz*'schen Tokodynamometers die Intensität der Wehen. Letzteres Instrument besteht aus einer Gummiblase, die unter Vermeidung einer Verletzung der Eihäute bei erweitertem Muttermunde in den Uterus gelegt und hierauf mit Wasser gefüllt wird. Das Gummirohr, in das die Gummiblase ausläuft, wird mit einem einarmigen Quecksilbermanometer und einem *Fick*'schen Schreibmanometer in Verbindung gebracht, so dass man die auf die Kymographion-Trommel gezeichneten Wehencurven direct ablesen kann. Aus diesen Curven entnimmt nun *Dönhoff*, dass das Chloroform auch in der leichten Narcose einen lähmenden Einfluss auf die Uteruscontractionen ausübt. Die Summe des Wehendruckes in einer gleichen Zeit sinkt in der Narcose bis fast auf die Hälfte von dem Drucke vor der Narcose. Dauert die Narcose länger, so nimmt die Summe des

Wehendruckes constant ab. In leichter Narcose wird die Wehenthätigkeit unregelmässiger, und zwar sowohl bezüglich der Wehenpausen als bezüglich der Wehenkraft. Bei tiefer Narcose sind die Wehenpausen gleich lang und die Contractionen gleich schwach. Nach Aufhören der Narcose regulirt sich wohl die Wehenthätigkeit, doch nur allmälig, innerhalb 2 Stunden. Die Wirkung der Bauchpresse ist selbstverständlich während der Narcose aufgehoben. Während der Narcose werden die Wehenpausen länger und nimmt die Zahl der Wehen ab. Diese Versuche ergeben daher, dass die Narcose mit Chloroform die Wehenthätigkeit ungünstig beeinflusst. (Da aber die Geburt in einigen dieser Fälle trotz eingeleiteter Narcose spontan und glücklich zu Ende ging — wie ja solche Fälle viele bekannt sind —, so ist die ungünstige Beeinflussung des Chloroforms auf den Geburtsact jedenfalls eine so ziemlich bedeutungslose. Ref.) *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

796. ***Ueber Pharynxblutungen.*** *Von Dr.* **Rosenthal.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 21. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 1892. VII. 8.)*

Die Ursachen der Pharynxblutungen sind entweder locale oder allgemeine. Unter den localen sind zunächst die Traumen, und können scheinbar ganz geringfügige Verletzungen mehr oder weniger intensive Blutungen verursachen. So berichtet *Bell* über einen Fall, wo ein Knabe, der während des Essens eine Nähnadel verschluckt hatte, 10 Tage darauf an unstillbarer Blutung zu Grunde ging. Bei der Obduction fand man, dass die Nadel in der Höhe der Mitte des Schildknorpels die Pharynxwand durchbohrt hatte und in die Carotis communis eingedrungen war. Aehnlich ist der von *Fingerhuth* berichtete Fall, wo ein Stück Pfeifenrohr im Pharynx stecken geblieben war und erst 8 Monate darauf durch Verwundung der Carotis der Tod durch Verblutung eintrat. Bei den Pharynxblutungen ergiesst sich das Blut entweder frei auf die Oberfläche der Pharynxschleimhaut oder in das Gewebe derselben, wobei es dann zur Bildung einer Ecchymose oder eines Hämatoms kommt. Bezüglich der Therapie der Pharynxblutungen empfiehlt Verf. das *M. Mackenzie*'sche Gargarisma tanno-gallicum:

Rp. *Acidi tannici 18·0*
Acidi gallici 6·0
Aq. destill. 30·0

und Eispillen. Erblickt man den Ort der Blutung, so ist es am besten, durch locale Compression oder Bepinselung der blutenden Stellen mit Liq. ferri sesquichlor. die Blutung zu stillen.

797. ***Glaucom nach Cataractextraction.*** *Von* **F. Buller.** *(Amer. Journ. of Ophthalm. 1891. October. — Journ. f. prakt. Augenhk. 1892. Juli.)*

Verf. hat dreimal nach Cataractextraction ein Glaucom entstehen sehen. Bei zwei Fällen verstrich eine lange Zeit zwischen der Operation, die ein ganz zufriedenstellendes Resultat gehabt hatte, und dem Ausbruche des Glaucoms. Bei beiden war eine feste Kapsel discindirt worden und die obere Portion augenschein-

lich mit der correspondirenden Filtrationspartie verwachsen. In keinem der Fälle liege eine Adhäsion zwischen Kapsel und Iris vor. Anscheinend war in allen drei Fällen excessiver Gebrauch der Augen die vorwiegende Veranlassung zum Ausbruch des Glaucoms. Bei dem einen Patienten verfielen beide Augen der Drucksteigerung, obgleich vor der Cataractextraction nicht die geringste Neigung dazu vorhanden gewesen war. Der dritte Fall, bei dem keinerlei Anlagerung der Kapselreste statthatte, ist vielleicht allein auf eine zu frühzeitige Ueberanstrengung des Auges zurückzuführen, zumal Ruhe und Eserin Heilung brachten, die Ursache des Glaucoms also vorübergehender Natur war.

798. ***Ueber beginnenden Staar. Aetiologie, Behandlung und Prognose desselben.*** *Von* **D. S. Risley.** *(The Ophthalm. Review. 1891. August. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1892. Juli.)*

Verf. hält die Cataractbildung, obschon sie im vorgerückten Lebensalter auftrete, nicht für eine durchaus senile Veränderung, sondern führt sie auf locale pathologische Zustände zurück, welche die Ernährung des ganzen Auges beeinflussen. Im Beginn sei die Linsentrübung einer Behandlung zugänglich, welche sich gegen solche ursächliche pathologische Veränderungen richte, und deshalb die Prognose bei vielen Leuten nicht ganz hoffnungslos. Im Falle, dass die Behandlung den Fortschritt der Linsentrübung nicht hintanzuhalten vermöge, trage sie wenigstens zum besseren Gelingen des späteren operativen Verfahrens bei. Die Therapie bestehe in vollständiger Enthaltsamkeit von aller Nahearbeit, im Gebrauch von rauchigen Gläsern bei hellem Licht, localer Anwendung von schwachen adstringirenden Augenwässern; zugleich mit mässigem Gebrauch von Homatropin; innerlich Jodkali oder Jodeisen, Bromkali oder Lithion, respective deren Chlorsalze. Bei Refractionsfehlern müsse das Auge sorgfältig corrigirt werden. Der andauernde Gebrauch von schwachen Mydriaticis habe nach seinen Erfahrungen niemals Schaden gestiftet.

799. ***Ueber den Torpor des Nervus acusticus.*** *Von Dr.* **Rohrer,** *Zürich. Verhandlungen der otolog. Gesellsch. zu Frankfurt a. M. 1892. (Zeitschr. f. Ohrenhk. 1892, pag. 193.)*

Verf. hat in den letzten zwei Jahren 11 Fälle von Torpor nervi acustici beobachtet, bei Kranken, welche zumeist in Folge von Catarrh oder nach Erkältungen an progressiver Schwerhörigkeit litten; die Perceptionszeit für die Kopfknochenleitung für Stimmgabeln war bedeutend herabgesetzt oder ganz aufgehoben, die für hohe Töne jedoch war erhalten. Der *Weber*'sche und *Rinne*'sche Versuch, ferner die *Gellé*'schen Pressions centripètes ergeben verschiedene Ausfälle. Das Trommelfell war bald mässig, bald hochgradig getrübt, bald zeigte es völlige Opacität, der Hammer war retrahirt und die Tuben waren für Luft bald stärker, bald schwächer durchgängig. In 5 Fällen war nach einer pneumatischen Behandlung mit Catheter und Rarefacteur die Perceptionszeit für Stimmgabeln bei der Kopfknochenleitung wieder hergestellt, womit eine Verbesserung der Hörweite überhaupt Hand in Hand ging. Ein lange Zeit hindurch anhaltender Torpor wird Atrophie der Nerven und auch Labyrinthtaubheit nach sich ziehen, und kann derselbe auch eine verhängnissvolle Rolle in der Aetiologie der acquirirten Taubstummheit spielen.

800. ***Ein Fall von multipler Sclerose des Gehirnes und Rückenmarkes mit Intentionstremor der Stimmbänder.*** *Von Dr.* ***v. Krzywicki,*** *Königsberg i. Pr. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 12. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 6.)*

Bei einem 17jährigen Jüngling wird bei Versuchen, namentlich mehrsilbige Worte oder Sätze auszusprechen, die zögernd ansetzende, zitternde, stossweise in's Falsett, dann augenblicklich in tiefen Bass übergehende und ganze Reihen von verschiedenen, in gewissen Abständen sich wiederholenden Tönen producirende Stimme auffallend. Für den, derselben Erscheinung an den Extremitäten analogen Intentionstremor der Glottis macht Verf. auf Grund genauer laryngoskopischer Beobachtung einen, wie er ihn nennt, „Intentionsclonus" der Mm. crico-arytaenoidei laterales, der Mm. thyreo-arytaenoidei (vielleicht auch crico-thyreoidei) und ganz besonders der Mm. crico-arytaenoidei postici verantwortlich, während er den Grund für das Ueberschnappen der Stimme und für ihren jähen Uebergang in's Falsett oder in den Bass zum Theil in der Schwäche oder Parese der Mm. thyreo-hyoidei und sterno-thyreoidei zu erblicken glaubt, da hierbei der Kehlkopf der in dem Augenblick an ihn gestellten Forderung hinsichtlich einer höheren oder tieferen Stellung nicht Folge zu leisten und seine tonregulirende Thätigkeit nicht auszuüben im Stande ist. Solutio Fowleri in steigender Dosis und constanter Strom schienen den Zustand zu bessern.

801. ***Zur Symptomatologie der Tabes.*** *Von Prof.* ***Rosenbach.*** *(Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1892. Juli.)*

In Fällen, in denen es nicht gelingt, durch blosses Beklopfen der Sehne oder unter Vornahme gleichzeitiger willkürlicher Muskelcontractionen an den oberen Extremitäten nach *Jendrassik* den Patellarreflex hervorzurufen, weil gleichzeitig mit der verstärkten Spannung der Flexoren der Arme auch willkürliche Contractionen in den Flexoren der unteren Extremitäten auftreten, die natürlich die Auslösung des Reflexes unmöglich machen, kann man, wenn überhaupt ein Reflex vorhanden ist, ihn dadurch erzielen, dass man den Untersuchten mit lauter Stimme schnell vorlesen lässt und während des Lesens die Sehnen beklopft. Durch den Act des Lesens wird nämlich die Aufmerksamkeit so in Anspruch genommen, dass jede Hemmung von Seiten des Gehirnes und jede willkürliche Muskelspannung in Fortfall kommt. Erst wenn trotz der erwähnten Vorsichtsmassregeln der Reflex ausbleibt, kann man annehmen, dass er wirklich erloschen ist.

802. ***Ueber Intubation bei schwerem Laryngospasmus.*** *Von Dr.* ***Maximilian Brück,*** *Kinderarzt in Budapest. (Gyógyászat. 1892. 26. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 30.)*

In manchen Fällen von Laryngospasmus wiederholen sich die Anfälle erschreckend häufig und führen entweder durch Herabstimmung der vegetativen Functionen und Alteration der Nervencentren zur Erschöpfung oder durch schwere Asphyxie zu plötzlichem Tode. Leider ist eine medicamentöse Behandlung bei diesem Grade der Krankheit nicht mehr genügend, schon weil man im Angesichte der drohenden Gefahr keine Zeit hat, die eventuelle Wirkung des Mittels abzuwarten. Die in den Lehrbüchern als

Ultimum refugium hingestellte Tracheotomie erlangte bisnun keine praktische Geltung; umso auffallender ist es, dass ein so mildes und sicheres Verfahren, wie die *O'Dwyer*'sche Intubation, bisher bei schweren Fällen von Laryngospasmus keine Anwendung fand. Verf. nahm in einem sehr schweren Falle von Stimmritzenkrampf zu diesem Verfahren seine Zuflucht. Ein 11 Monate altes Mädchen stand seit seinem achten Monate in Verf.'s Behandlung. Es litt längere Zeit an Verdauungsstörungen, Rhachitis, Meteorismus, grösserer Milz. Nach Besserung der Verdauung ordinirte Verf. die bekannte *Kassowitz*'sche Phosphoremulsion, aus welcher Patient bis Mitte März etwa 0·07 verbrauchte, ohne dass Seitens des Knochensystems oder der Ernährungsverhältnisse irgend eine Veränderung zu constatiren gewesen wäre. Gegen Ende März stellten sich die ersten Anfälle von Laryngospasmus ein. Am 12. April trat unter mässigem Fieber Coryza ein; im Laufe derselben Nacht 4—5 heftigere Anfälle. Von nun an steigert sich die Zahl der Anfälle täglich. 15. April: 1—1$^1/_2$stündlich mehr minder intensive Anfälle, zweimal sehr schwere Asphyxie, aus welcher das Kind nur nach Einleitung künstlicher Athmung und anderer Manipulationen zu sich gebracht werden konnte. Sichtbare Abmagerung. Die Lage ward noch dadurch verschlimmert, dass die Mutter den Gebrauch der Medicamente (Bromkalium, Moschus), sowie die Application der Chloralklystiere entschieden refusirte, da nach jeder Beunruhigung des Kindes Anfälle ausgelöst wurden. Unter solchen Umständen schlug Verf. die Intubation vor. Noch am selben Abend ward der Tubus eingeführt, worauf sich das Aussehen und Befinden des Kindes besserte, ja es trank aus dem Saugglase. Die folgende Nacht verlief ruhig. Nach 16$^1/_2$stündigem Verweilen des Tubus entfernte ihn Verf., um einer eventuellen stärkeren Reizung der Laryngo-Trachealschleimhaut zu begegnen. Dass sich nach Entfernung des Tubus die Anfälle wiederholen könnten, befürchtete Verf. nicht, da er aus Beobachtung intubirter Croupfälle weiss, dass nach Entfernung des Tubus eine gewisse Zeit hindurch — ja oft länger als dies erwünscht ist — eine Parese der Stimmbänder zurückbleibt, die offenbar auf Druckparese zurückzuführen ist. Dieser Umstand führt bei extubirten Fällen zu einer unvollkommenen Schliessung der Glottis, was wohl unter anderen Verhältnissen misslich ist, blos beim Laryngospasmus nicht. Verf.'s Annahme bestätigte sich. Bis zum Abend stellte sich kein Anfall ein. Wegen des mechanischen Trachealcatarrhes wandte Verf. Bromnatriuminhalationen an, ausserdem dreimal täglich je 0·50 Bromkali in Milch gelöst. Behufs Sicherung der Nachtruhe legte Verf. um 7$^1/_2$ Uhr wieder den Tubus ein, doch ward er nach 1$^1/_2$ Stunden vom Kinde herausgerissen. Trotzdem verbrachte das Kind die Nacht ruhig. Im weiteren Verlaufe stellten sich wohl noch einige schwache Paroxysmen ein; das Kind ward dann auf's Land getragen und die Anfälle blieben nun ganz weg. Verf. würde demnach bei schweren, lebensgefährlichen Laryngospasmusanfällen die Intubation als präventives Verfahren empfehlen, da dieselbe einerseits durch Offenhalten der Stimmritze das Auftreten der Anfälle behindert, andererseits vermöge der schwachen Parese der Stimmbänder deren krampfhafte Schliessung paralysirt.

Dermatologie und Syphilis.

803. ***Spontanamputation der grossen Zehe bei Syphilitischen.*** *Von Dr. **Viennois**, Lyon. (Annal. de dermat. et syph. 1891. — Centralbl. f. Chir. 1892. 26.)*

Syphilis hereditaria tarda bei einem 43jährigen Manne, bei welchem es im Alter von 8, 13, 20 und 32 Jahren zur successiven Entwicklung gummöser Processe an der äusseren Decke des linken Unterschenkels gekommen war; das Allgemeinbefinden war in dieser Zeit durchaus ungestört. Die letzten Gummata entstanden an der Dorsalseite der zweiten und dritten Zehe des linken Fusses; nach 6jährigem Bestande kam es zur Spontanamputation. Gleichzeitig entwickelte sich ein serpiginöses Geschwür an der vorderen Partie des Fusses. Mangel jeder specifischen Behandlung bis zum 43. Jahre. Zu dieser Zeit wurde eine solche zum ersten Male angeordnet, scheiterte aber an den Schwierigkeiten der Durchführung und an den schlechten hygienischen Verhältnissen des Patienten. Nach Einleitung einer rationellen Hospitalbehandlung (Bettruhe, antiseptische Behandlung, Jodkalium und kräftige Ernährung) complete Heilung innerhalb 28 Tagen. Unter Berücksichtigung der spärlichen, in der Literatur vorhandenen Fälle analoger oder doch ähnlicher Art weist Verf. auf die Rolle hin, welche die Peri- und Endoarteriitis syphilitica bei der Entstehung des umschriebenen feuchten und trockenen Brandes auf luetischer Basis spielen dürfte.

804. ***Ueber die Veränderungen des Blutes unter dem Einfluss von Syphilis und pharmakologischen Gaben von Quecksilber.*** *Von Dr. **W. Bieganski**. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 43. — Centralbl. f. Chir. 1892. 26.)*

Verf. hat gefunden, dass sich unter der Einwirkung des Syphilisgiftes die Zahl der rothen Blutkörperchen nicht in einer irgendwie constanten Weise verändert (früher sind die physiologischen Schwankungen ihrer Zahl nicht genügend beachtet worden), dass dagegen eine zweifellose und nicht unbeträchtliche Leucocytose eintritt, welche wesentlich durch eine Vermehrung der Lymphocyten bedingt ist; der Hämoglobingehalt wird geringer. Durch die Quecksilbertherapie dagegen nimmt die Zahl der Leucocyten, speciell der Lymphocyten, ab, ihr Verhältniss zu der Zahl der rothen Blutkörperchen wird wieder normal. Die letztere unterliegt zahlreichen Schwankungen, welche Verf. wesentlich durch die differente Wirkung des Mercurs auf die Secretionsvorgänge (bald Steigerung, speciell Diurese, bald Verminderung) und die davon abhängenden Aenderungen der Dichtigkeit des Blutes erklären will. Der Hämoglobingehalt wird durch Quecksilbercuren gesteigert; nur nach grossen Quecksilbergaben treten wirklich anämische Zustände ein, die mit einer Veränderung der Form und Beschaffenheit der rothen Blutkörperchen einhergehen. Die Untersuchungen des Verf. sind wesentlich an jungen und kräftigen Individuen mit frischer Syphilis vorgenommen. Das ist zweifellos ein grosser Vortheil; denn dadurch kommt der Einfluss der Syphilis auf's Blut in einer durch andere Umstände nicht getrübten Weise zum Ausdruck. Die Untersuchungen Verf.'s, welche ausser einer Vermehrung der Leucocyten und einer Verminderung des Hämo-

globingehaltes wesentliche Veränderungen des Blutes durch die Syphilis nicht erkennen liessen, beweisen, was die klinische Erfahrung zweifellos lehrt, dass bei gesunden Individuen, vor Allem bei Männern, der Einfluss frischer Syphilis auf die Constitution in unserer Zeit im Allgemeinen ein geringer ist; andererseits zeigen sie, dass das Quecksilber, in richtigem Masse angewendet, bei Syphilitikern (und vielleicht nicht blos bei solchen) geradezu eine tonische Wirkung hat.

805. ***Angiokeratom der Hände.*** *Von Dr.* ***Joseph.*** *Demonstrirt in der dermatologischen Vereinigung zu Berlin. 5. Juli 1892. (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 60.)*

Der Fall betrifft ein junges Mädchen. Auf den Streckseiten der Finger finden sich neben den Resten geheilter Frostbeulen rothbläuliche Gefässerweiterungen, die mit hornigen, borkigen Ansammlungen bedeckt sind. Die Affection ist entschieden häufig, obwohl ihre Beschreibung selten in der Literatur zu finden ist. In der Aetiologie spielt die Disposition zu Frostbeulen eine grosse Rolle. Anatomisch ist das Krankheitsbild, durch seinen Namen beschrieben, absolut charakteristisch In der Therapie haben sich Cauterisationen mit dem Mikrobrenner und heisse Sandbäder bewährt. Häufig sind allerdings die Recidive. In der Discussion erwähnt *Lassar*, dass er die Affection in jedem Winter häufig beobachtet habe, ohne sie als Krankheit sui generis aufgefasst zu haben. Nicht nur an den Händen, relativ oft auch an den Füssen kommen Angiokeratome vor. Bei der Behandlung sei der Paquelin von grossem Nutzen, weil er nicht nur einzelne Gefässe direct vernichte, sondern durch den thermischen Reiz auch andere anastomosirende Blutbahnen thrombosire, und so zur Verödung bringe. *Saalfeld* hat Angiokeratome in einem Falle an den Unterschenkeln eines 40jährigen an Circulationsstörungen der Unterleibsorgane leidenden Mannes gesehen. *Lewin* räth wegen der Symmetrie der Affection bei mikroskopischen Untersuchungen etwaige Nervenveränderungen zu berücksichtigen.

806. ***Die Behandlung der Cystitis.*** *Von* ***James Tyson,*** *Philadelphia. (The Practitioner. 1892. Februar. — Fortschr. d. Med. 1892.)*

Für die Behandlung der acuten Cystitis gibt *Tyson* folgende Vorschriften. Erste und Hauptbedingung ist Bettruhe. Blutegel am Perineum, Breiumschläge in dieser Gegend und auf dem Abdomen, salinische Abführmittel. Für die Diurese reichliches Trinken reinen Wassers, dem citronen- oder essigsaures Kali zu 1·0 bis 1·5 Grm. zugesetzt sind. Gegen den Schmerz ist Opium unerlässlich, in Form von Suppositorien oder Morphium. Auch Eiswasserinjectionen in das Rectum oder Eisstückchen, dort applicirt, haben sehr günstigen Einfluss. Eine erfolgreiche Behandlung der chronischen Cystitis hat drei Punkte zu beobachten: 1. die fortdauernde Ansammlung des Urins mit den irritirenden Bestandtheilen in der Blase, 2. die Schwierigkeit, mit Heilmitteln die entzündete Oberfläche zu erreichen, 3. die ammoniakalische Gährung des Urins. Um die irritirende Eigenschaft des Urins herabzusetzen, sind Mineralwässer in reichlicher Quantität zu empfehlen. Dieselben Dienste leisten reines Quellwasser, noch besser destillirtes Wasser, vorausgesetzt, dass die Nieren intact sind. Fehlerhaft ist, Alkalien

zuzusetzen. Vielmehr handelt es sich darum, den oft alkalischen Harn sauer zu machen. *Tyson* empfiehlt Benzoesäure in Pillenform zu 0·3 Grm. bis 6mal täglich. Die entzündliche Blasenschleimhaut kann man durch interne Darreichung von Arzneimitteln und durch Injectionen in die Blase beeinflussen. Die bekanntesten innerlichen Mittel sind Fol. Buchu, Rad. Pareirae bravae, Fol. uvae ursi und Rad. tritic. rep. *Tyson* hat sie schon lange verlassen und verordnet mit ausgezeichneter Wirkung auf die Schleimhaut Ol. Santal. in Kapseln von 0·6 Grm. und bei nüchternem Magen vor der Mahlzeit, da es nothwendig ist, diesen Stoff dem Blute einzuverleiben. Er gab täglich 8—12 Kapseln ohne Gefahr für den Magen. Günstig wirken auch Borsäure und Benzoesäure innerlich zu 0·3—0·6 Grm., Resorcin 0·3—0·6 und Naphthalin zu 0·1 Grm. Die Behandlung der Cystitis durch Blaseninjectionen erreicht zugleich auch den weiteren Zweck, die ammoniakalische Gährung zu beseitigen. Sie entfernen Eiter und Schleim und damit die Bedingung der Zersetzung. *Tyson* benützt zuerst einfache Injectionen von lauwarmem Wasser (30·0 Grm.) ein- bis zweimal täglich. Dann setzt er dem Wasser Natr. salicyl. zu im Verhältniss von 0·5 : 100. Erfolgreich ist auch die *Thompson*'sche Solution.

Rp. *Natr. bibor.* *30·0,*
Glycerin
Aq. aa. *60·0,*

davon 15·0 Grm. auf 120 Grm. Wasser und Borsäure 4:600 Wasser. Alaun kann an Stelle von Salicylnatron verwendet werden, wenn der Eiter nicht schnell sich vermindert. Auch Sublimat in schwacher Lösung (1:25.000) ist verwendbar, besonders bei fauligem Geruch, weniger Carbolsäure. Schmerzlindernde Mittel sind unter Umständen unvermeidlich, Opium und Morphium haben den grössten Erfolg, besonders in den Darm eingeführt.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

807. ***Ein physiologisches Curiosum.*** *Von Dr. **Anton Tinzl**, Naturns. Original-Mittheilung.*

Ich beobachtete, dass einer der von mir aufbewahrten Blutegel krank wurde, da eine auffällige Einschnürung 1 Cm. hinter dem anschwellenden Kopfe sich bildete. Ich sonderte das kranke Thier von den anderen ab, gab es allein in ein grosses Glas und versah es täglich mit viel frischem Wasser. Merkwürdig genug, lag nach einigen Tagen das abgeschnürte Kopfende getrennt vom Blutegel im Wassergefäss. Der Blutegel lebt heute noch und schwimmt, mit dem kopflosen Ende voran, schon seit bereits drei Monaten ganz munter herum, und vermag er sich mit dem Kopfende festzuhalten oder festzusaugen.

808. ***Ueber Inoculationslupus.*** *Von Dr. **Jadassohn**. (Virchow's Arch. Bd. CXXI. — Centralbl. f. Chir. 1892. 26.)*

Es wird über 2 Fälle von Lupus berichtet, bei denen der Gang der Infection offenkundig zu Tage lag. Der stringenteste

Fall betraf einen Tätowirten, welcher im Gebiet der tätowirten Haut einen Lupus bekam durch Infection mit dem Speichel des Künstlers, der Phthisiker war. Der zweite Fall betraf einen Schlächter, der sich eine tuberculös inficirte Wunde am Finger zuzog. Hieraus entstand ein tuberculöses Geschwür und von diesem aus — „durch innere Ueberwanderung des Virus" — ein typischer Lupus am Arm. Diesen letzteren Vorgang denkt sich Verf. so, dass eine dicht unter der Haut liegende Lymphdrüse das fortgeschwemmte Virus vom Geschwür aufgenommen habe, erkrankt sei und nun ihrerseits die über ihr liegende Haut inficirt habe. Jedenfalls sind die beiden Fälle geeignet, zu beweisen, dass es einen Inoculationslupus, d. h. eine durch directe Impfung übertragene, dem scheinbar spontan entstandenen Lupus vollständig gleichende tuberculöse Hauterkrankung gibt.

809. ***Hämatologische Untersuchungen bei Tuberculininjectionen.*** *Von Dr.* **S. Botkin**, *St. Petersburg. Aus dem Institute für Infectionskrankheiten in Berlin. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 15.)*

Verf. fasst die Ergebnisse seiner Untersuchungen in folgenden Schlusssätzen zusammen: 1. Nach Tuberculininjectionen wird eine acute Leucocytose beobachtet, an welcher alle Formen der weissen Blutkörperchen betheiligt sind. 2. Am Tage nach der Reaction fällt die Zahl der Leucocyten im Blut rasch ab, wobei wahrscheinlich die Mehrzahl derselben zerstört wird; dies kann hauptsächlich aus der Vermehrung der Zahl der Blutplättchen geschlossen werden. Diese Erscheinung fällt zeitlich mit dem nach der Tuberculininjection oft beobachteten maximalen Temperaturabfall zusammen. Es besteht eine Analogie mit der Blutkrise mancher acuter Infectionskrankheiten, welche von Fieber begleitet sind (z. B. croupöse Pneumonie). 3. Die Tuberculinreaction im Blut kann auch in den Fällen stattfinden, in welchen die Temperatur nicht steigt. 4. Die Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blut kann nicht nur bei chronischen Hautleiden, sondern auch bei acuten, rasch vergehenden Exanthemen stattfinden, welche als Complicationen bei manchen unserer therapeutischen Eingriffe erscheinen.

810. ***Zur Lehre von der Leukämie.*** *Von Prof.* **Litten.** *3. Vortrag beim Congress für innere Medicin. Leipzig 1892. (Centralbl. f. klin. Med. 1892. 25.)*

Unter den von Verf. in der letzten Zeit beobachteten Fällen von Leukämie befand sich ein höchst acuter, der in $3^1/_2$ Tagen tödtlich verlief und als Nachkrankheit von Influenza aufzufassen ist. Der betreffende Pat. klagte nach Ablauf der Influenza noch über rheumatische Schmerzen, hatte am nächsten Tage eine stark vergrösserte Milz und auf beiden Netzhäuten die leukämischen Erscheinungen von weissen Plaques; bald stellte sich Somnolenz ein. Am nächsten Tage war die Milz noch grösser und auf der Haut hatten sich grosse weisse Infiltrate neben Blutflecken gebildet; völlige Bewusstlosigkeit, Zuckungen, Vorwölbung der Papilla nervi optici. Die Untersuchung des Blutes ergab neben der leukämischen Veränderung (Leukocyten im Verhältniss von 1 : 4) eine später zu erwähnende Erscheinung. Am 3. Tage Exitus letalis. Eine im *Koch*'schen Institute vorgenommene bacteriologische Unter-

suchung des Blutes blieb in diesem wie in anderen Fällen resultatlos. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand Verf. im Blute sehr grosse weisse Blutkörperchen in Maulbeerform, die mit stark lichtbrechenden Körnchen bedeckt waren, deren Natur sich aus der Reaction als Fett ergab. Merkwürdig war die grosse Menge solcher Zellen im Blute, eben so reichlich fanden sie sich im Knochenmarke, das von ihnen förmlich überfluthet war; die Knochen waren bei Druck schmerzhaft. In sämmtlichen Fällen von Leukämie hat Verf. die grosse Form der rothen Blutkörperchen gefunden, wenn auch nur vereinzelt; bei der myelogenen Leukämie sind sie im Knochenmarke sehr reichlich. Ausserdem fand Verf. bei der Leukämie, wie bei der perniciösen Anämie eine eigenthümliche Blutveränderung sehr ausgeprägt: Weisse Cylindergebilde sofort nach Erhaltung des Blutpräparates. Diese Gebilde sind sehr klebrig, so dass sie an der Stichwunde ankleben und nicht zur Erscheinung kommen, wenn man bei der Blutgewinnung nicht sehr rasch verfährt Ihr Durchmesser übersteigt oft den der Blutkörperchen, so dass sie kaum die Capillaren passirt haben können und wohl erst nach Entfernung des Blutes aus dem Körper gebildet sind. Sie entstehen wahrscheinlich durch Degenerationsprocesse im Blute und werden daher besonders bei Bluterkrankungen gefunden.

811. ***Zur Kenntniss des diastatischen Fermentes der Lymphe.*** *Von **F. Röhmann**. (Pflüger's Arch., Bd. LII, pag. 157. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 58.)*

Bei den diesbezüglichen Versuchen von *Bial* wurde wie bei ähnlichen Versuchen anderer Forscher das Blut nach Entziehung aus dem Körper untersucht und es liegt der Einwand vor, dass das Ferment im Blute erst eine Folge postmortaler Veränderungen des Blut- und Lymphplasmas und der in ihm enthaltenen zelligen Elemente sei. Die Frage, ob das diastatische Ferment bereits im Blute des lebenden Thieres circulire und aus diesem in die Lymphe übertrete oder erst durch die postmortalen Veränderungen entstehe, war noch eine offene, umsomehr, als die von *Magendie, Claude Bernard, Pavy, Böhm* und *Hoffmann* am lebenden Thiere vorgenommenen intravenösen Einspritzungen von Stärkekleister oder Glycogen-, respective Dextrinlösung ein verschiedenes Verhalten betreffs des dann erfolgenden Gehaltes von Zucker im Blute und Harne zeigten. Wenn sich nun auch die beobachteten Verschiedenheiten durch die verschiedenen Mengen der eingespritzten Substanzen erklären lassen, so zeigt doch die bei grösseren Mengen der eingespritzten Versuchslösung mehr oder minder heftig auftretende Hämoglobinurie, dass im Blute auch noch weitere Alterationen auftreten, welche nicht gestatten, aus den gefundenen Resultaten einwandsfreie Schlüsse zu ziehen. Verf. hat deshalb Versuche durch Einfliessen von Glycogenlösung mit 0·6procentigem Kochsalz in Lymphgefässe angestellt und dabei gefunden, dass innerhalb der Lymphgefässe, ohne dass die normalen Verhältnisse wesentlich geändert werden, eine Umwandlung des Glycogens in Zucker erfolgt. Bei diesen Versuchen fand Verf. weiter, dass nach der intralymphatischen Injection von Glycogen der Procentgehalt der Lymphe an Zucker ausnahmslos steigt. Diese Zuckerzunahme nach den Injectionen von Glycogen kann nur darauf beruhen, dass in der Lymphe ein

diastatisches Ferment enthalten ist, welches die Saccharification des Glycogens bewirkt. Es liegt kein Grund vor, anzunehmen, dass das Ferment erst unter Einwirkung und in Folge der Injection entstehe. Die Circulation in den Lymphbahnen wird nicht wesentlich gestört, das Einfliessen erfolgt langsam und die Lösung des Glycogens in 0·6procentiger Kochsalzlösung kann als indifferent für die Wand der Lymphgefässe und die geringe Menge der in ihnen enthaltenen farblosen Zellen betrachtet werden. Das diastatische Ferment der Lymphe kann nur aus dem Blut oder den Geweben kommen. Im letzteren Falle wird das Ferment durch die Lymphe dem Blute zugeführt, während der erstere Fall, in welchem das Ferment nicht aus den Geweben, sondern aus dem Blute in die Lymphe gelangt, den directen Beweis dafür gibt, dass das diastatische Ferment im Plasma des kreisenden Blutes vorhanden ist.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

812. ***Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der Infectiosität des Fleisches perlsüchtiger Rinder.*** *Von Dr.* ***Wilhelm Kastner,*** *München. (München. med. Wochenschr. 1892. 20.)*

Vor zwei Jahren veröffentlichte Verf. eine Reihe von Versuchen mit dem Fleische perlsüchtiger Rinder, und zwar wurde nur Fleisch von solchen Thieren benützt, bei denen die Perlsucht die Verkalkung der Knoten zeigte und wo keine Verkäsung eingetreten war. Das Fleisch wurde ausgepresst und der Saft unter aseptischen Cautelen der Bauchhöhle einverleibt. Das Ergebniss dieser Versuche war ein negatives. Bald darauf experimentirte *Steinheil* nach derselben Methode mit dem Fleische von an Tuberculose verstorbenen Menschen. *Steinheil* erzielte nun in allen Fällen Tuberculose und kam zum Schluss: „Dass bei Phthisikern mit hochgradiger Lungentuberculose das Muskelfleisch, respective der in demselben enthaltene Saft in der Regel infectiös ist, dass somit die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass das Fleisch von hochgradig perlsüchtigen Thieren Infectionskeime enthält.“ Um den Widerspruch der Resultate aufzuklären, unternahm Verf. weitere Versuche mit solchem Fleische, das wegen hochgradiger Perlsucht fast in allen Organen von der Fleischbeschau dem menschlichen Genusse vorenthalten war. Die Tuberkelknoten waren in Verkäsung, daher in einem Zustand, der demjenigen der menschlichen Tuberculose ähnlich war. Es wurden im Ganzen 12 Versuche mit dem Fleische von verschiedenen Thieren angestellt. Die Untersuchungen ergaben 10mal ein positives und 2mal ein negatives Resultat, namentlich war bei allen schweren Fällen das Resultat ein positives. Daraus schliesst Verf., dass bei der Beurtheilung der Infectionsgefahr das Hauptaugenmerk auf die pathologisch-anatomischen Verhältnisse, ob verkalkter, ob verkäster Tuberkel, zu richten ist. Eine Verschleppung aus einem verkästen Gewebe in die Säftemasse mittelst der durch die verkästen Tuberkel arrodirten Gefässbahnen dürfte unverhältnissmässig leichter zu Stande kommen, als von einem verkalkten Herde aus; ja letzteres dürfte

fast zu den Unmöglichkeiten gehören. Die Versuche liefern ausserdem den Beweis, dass Organe, die in einen Entzündungszustand versetzt wurden (hier durch Ammoniak), den Tuberkelbacillen oder deren Sporen viel leichter zugänglich sind als normale Organe. Bei allen Versuchen, bei denen zuerst das Peritoneum mit Ammoniak gereizt wurde, entwickelte sich die Tuberculose viel heftiger und, während bei den übrigen Fällen die Lungen intact blieben, zeigte sich hier auch mächtige Entwicklung der Tuberculose in den Lungen. Die Tuberkelbacillen wurden von dem kranken Peritoneum früher aufgenommen und weiter geschleppt, als von dem gesunden.

O. R.

813. ***Ohrenleiden bei Schwammtauchern.*** *Von Dr.* ***Tsakyroglous****, Smyrna. (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 7.)*

Fast alle Schwammtaucher leiden in Folge ihres Berufes an Ohrenkrankheiten, sei es, weil sie wechselsweise dem Luftzug und dem Wasser ausgesetzt sind, besonders aber weil sie in einer Tiefe von mehreren Klaftern dem grossen Druck der Wassersäule ausgesetzt sind, durch welchen das Trommelfell blitzartig gesprengt wird. Die Schwammtaucher nehmen einen schweren Marmorstein und stürzen sich damit bis zu einer Tiefe von 30 Klaftern in's Meer. Viele von ihnen empfinden schon bei einer Tiefe von 10 bis 15 Klaftern einen heftigen Schmerz in den Ohren, Schwindel und ein Geräusch, als wenn etwas in den Ohren risse. In die Höhe gezogen, und zwar mitunter ohnmächtig, fliesst ihnen das Blut aus den Ohren unter fortgesetzten Schwindelanfällen und Schmerzen. Da sie sich mitten auf dem Meere befinden, ist eine Therapie unmöglich, die meisten setzen ihren Beruf fort, und daher ist eine Vernarbung des Trommelfellrisses unmöglich; es stellen sich Eiterausflüsse mit allen ihren Folgen ein. Daher sind fast alle Schwammtaucher schwerhörig oder taub. Bei manchen erscheint die Schwerhörigkeit allerdings ohne organische Beschädigung des Mittelohres, aber doch bei offenbarer Affection des Labyrinths.

814. ***Der Athmungsmodus während des Turnens.*** *Von Dr.* ***Conetoux.*** *(Annal. des malad. de l'oreille et du larynx. 1891. 12. — Zeitschr. f. Ohrenhk. 1892. 7.)*

Leider besteht bis jetzt noch keine Hygiene des Athmens beim Turnen. Das früher angerathene combinirte Mund- und Nasenathmen ist als nicht durchführbar und physiologisch fast unmöglich von vornherein zu verwerfen. Es kann sich also nur um Mund- oder Nasalathmen handeln. Das Mundathmen ist blos als Hilfsathmen zu betrachten, es tritt ein, wenn grosse Ansprüche seitens der Organe an die Lungen und indirect an das Herz gestellt werden, es kann das Athmen nicht reguliren, es gestattet keine Reserveluft in den Lungen, der Thorax stützt sich auf die durch das Diaphragma nach unten comprimirten Bauchorgane. Das Nasalathmen ist das einzig normale, es ist allein anzurathen; übrigens ist das Nasalathmen das einzig unbewusste automatische Athmen; das alternirende Mundinspiriren und Naseninspiriren und umgekehrt ist auf die Dauer nicht möglich. Verf. hat den Athmungsmodus an sich selbst während des Turnens, und zwar auf dem Zweirad, als dem dazu geeignetsten Instrumente, erprobt; athmet man beim Radfahren nur durch die Nase, so kommt ein Moment,

wo die anfangs erweiterten Nasenflügel sich durch die mittelst der Lage des Gaumensegels geschaffene Luftverdünnung sich an die Nasenwand andrücken, wo also Athemnoth eintritt und wo der Radfahrer, wenn er weiter fahren will, die Mundathmung zu Hilfe nehmen muss. Das Gaumensegel und indirect die Nasenflügel stehen der Athmungsnoth vor und bewahren das Herz vor Asystolie. An dieser Grenze soll der Radfahrer ausruhen und nicht die Mundathmung durch Weiterfahren zu Hilfe nehmen. Während dem Inspiriren im Allgemeinen muss man das Herz vor einer zu grossen Anstrengung schützen; durch das Naseneinathmen wird letzteres und das Nasenathmen im Allgemeinen ausgebildet; da der Mund immer geschlossen bleibt, so bleibt der von *Donders* bewiesene verminderte Druck fortwährend bestehen und so wird die durch das Nasenathmen leicht entstehende Wölbung des harten Gaumens vermieden; wenn also bei geschlossenem Munde gymnastische Uebungen ausgeführt werden, so zeigen die Ermüdung und das Athembedürfniss die Grenze, bis zu welcher körperlich gearbeitet werden kann, ohne das Herz überanzustrengen. Der Turnlehrer soll also kein Mundathmen erlauben; daher kommt auch der Gebrauch, dass man beim Turnen oder Radfahren irgend einen harten Gegenstand in den Mund nimmt. Die wissenschaftlich geleitete Methode des Athmens bei gymnastischen Uebungen, bei Fusstouren, bei Soldatenmärschen etc., eine Methode, welche sich am besten auf dem Zweirad studiren lässt, ist von der grössten Wichtigkeit für den Gesundheitszustand unserer Jugend und der Soldaten; bei letzteren kommt es z. B. nicht darauf an, viele Stunden in wenig Zeit zurückzulegen, sondern man muss langandauernde Resultate mit normaler Erhaltung der Thoraxorgane erzielen.

815. ***Hauptsächliche Ursache der Verminderung der Geburten in Frankreich während des Jahres 1890.*** *Von **A. Bloch.** (Semaine méd. 1891. 55. — Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 32.)*

Wohl nimmt die Zahl der Geburten in Frankreich seit Anfang dieses Jahrhunderts ab. Die Verringerung im Jahre 1890 war aber so bedeutend (42.500 Geburten weniger als im Jahre 1889), dass ganz besondere Gründe dafür vorhanden sein müssen. Verf. sieht dieselben in der Influenzaepidemie, welche im Winter 1889/90 ganz Frankreich derart überzog, dass über drei Viertel der Bevölkerung davon ergriffen wurde. Die Geburtenabnahme zeigt sich ausnahmslos in allen Gebieten des Landes, sogar die Bretagne brachte 3584 Geburten weniger hervor, wie 1889, und auch die Zahl der unehelichen Geburten hat in Frankreich mindestens um 2777 abgenommen, so dass man sagen kann, dass alle Classen der Bevölkerung betroffen sind. Die Grippeepidemie begann in Frankreich zu Anfang December 1889, erreichte ihren Höhepunkt gegen den 12. December, blieb auf der Höhe bis gegen Ende Januar, wo sie abnahm. Wenn die Geburtshäufigkeit wirklich durch die Epidemie ungünstig beeinflusst worden ist, muss sich die grösste Abnahme der Geburten in den Monaten September und October 1890 zeigen, welche bezüglich der Conception den Monaten December und Januar entsprechen. Und das ist in der That der Fall, wie

sich aus einem Vergleich mit dem Jahre 1891 ergibt; Verf. beschränkt sich dabei auf Paris, da die Zahlen für ganz Frankreich noch nicht zur Verfügung stehen. Die Geburtsziffer in den einzelnen Wochen des September und October schwankte also in Paris 1890 bei einem Jahresmittel von 26·9 zwischen 18·1 und 23·8 pro Mille, während 1891 die Zahlen sich zwischen 23·27 und 27·25 pro Mille bewegen. Wie der Referent der „Deutsch. med. Wochenschr.“, *P. Sperling,* bemerkt, scheinen in Deutschland die Verhältnisse ähnlich zu liegen. Seit 1887 ist die Geburtsziffer für die deutschen Städte von über 15.000 Einwohnern allmälig angestiegen, für 1887 betrug sie (einschliesslich Todtgeborene) 36·1, 1888: 36·5, 1889: 37·4 pro Mille der Bevölkerung. Im Jahre 1890 bleibt sie auf 37·4 pro Mille stehen, und man sieht ebenfalls in den Monaten September, October einen ganz auffälligen Nachlass: September 1889: 37·6 pro Mille, October 1889: 36·8 pro Mille, September 1890: 34·0 pro Mille, October 1890: 32·6 pro Mille. Aehnliches ergibt sich bei einem Vergleich dieser beiden Monate der Jahre 1890 und 1891 für die Stadt Berlin.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

816. *Prophylaxe und Therapie der Cholera asiatica.*

Von den o. ö. Proff. Hofrath Dr. ***H. Nothnagel*** *und Dr.* ***O. Kahler*** *in Wien.*

Ueber Anregung des k. k. Ministeriums des Innern in Folge Auftrages des k. k. Ministeriums für Cultus und Unterricht durch die medicinische Facultät in Wien verfasst.

(Das österr. Sanitätswesen. 1892. 31.)

Die rationelle Behandlung der Cholera muss ohne Zweifel aus den Thatsachen sich ableiten, welche die modernen Forschungen über das Wesen dieser Krankheit ermittelt haben; sie soll aus dem Bestreben hervorgehen, diese Thatsachen mit den älteren empirischen Feststellungen über Choleratherapie in Beziehung zu bringen. Von den allermeisten Beobachtern wird heute angenommen, dass der *Koch*'sche Commabacillus die eigentliche Ursache der Choleraerkrankung darstellt. Unsere therapeutischen Bestrebungen müssen demnach darauf gerichtet sein, den Bacillus selbst zu vernichten, die von ihm producirten schädlichen Substanzen unschädlich zu machen und dann die durch sie hervorgerufenen pathologischen Vorgänge im Organismus auszugleichen.

A. Individuelle Prophylaxe. In der ungeheueren Mehrzahl der Fälle wird der Commabacillus per os aufgenommen, gelangt durch den Magen in den Darm, vermehrt sich hier und entfaltet von da aus seine krankmachende Thätigkeit. Er verlässt den erkrankten Körper vor Allem auf dem Wege der Dejecta und ist geeignet, ausserhalb des Organismus unter günstigen Bedingungen durch lange Zeit seine Lebens- und Infectionsfähigkeit zu bewahren. Sein Nachweis gelingt nicht allein bei dem eigentlichen Choleraanfalle in den Stühlen und in dem Erbrochenen, sondern

auch bei den leichten Formen der Cholerainfection, der Cholera-diarrhoe. An diese Thatsachen müssen die in Betreff der individuellen Prophylaxe zu ertheilenden Rathschläge anknüpfen und demnach die Vermeidung der Berührung mit den Dejecten von Cholerakranken und die Gefahr einer Uebertragung des Cholerakeimes durch verunreinigte Hände auf die Nahrungsmittel vor Allem betonen. Mindestens ebenso wichtig ist die aus der Infection des Bodens mit dem Cholerakeime resultirende Gefahr. Es muss an die Möglichkeit einer Cholerainfection durch Trinkwasser, durch anderes Wasser, welches zum Reinigen der Geschirre, zum Reinigen des frischen Obstes und frischen Gemüses, endlich zum Baden und Waschen dient, gedacht werden. Als Mittel, um den obgenannten Infectionsgefahren rationell zu begegnen, sind gründliche Desinfection der Hände und ausschliessliche Verwendung gekochten Wassers zum Trinken und zu häuslichen Zwecken zu nennen. Für die in unmittelbarer Berührung mit Cholerakranken stehenden Individuen müsste, wie sich aus dem Vorstehenden ergibt, die Gefahr einer Infection eine ganz imminente sein. Die Erfahrung jedoch lehrt, dass es nicht in jenem hohen Masse der Fall ist, wie wir uns vorstellen könnten, und wir müssen deshalb nach einer Erklärung dieser erfreulichen Thatsache fragen. Sie resultirt aus den folgenden Ueberlegungen. Der menschliche Organismus schützt sich selbstthätig gegen die Cholerainfection, und zwar ist der wirksamste Schutz gegeben durch die ungestörte Thätigkeit des Verdauungsapparates, speciell des Magens, wodurch die Ansiedlung und Vegetation des Commabacillus verhindert wird. Nach Allem, was bisher darüber feststeht, ist dabei die durch freie Salzsäure bedingte sauere Reaction des Mageninhaltes als der wesentlichste Factor zu betrachten. Aus diesem Einblicke, welchen wir in das Geschehen bei der Cholerainfection gewonnen haben, lässt sich für die individuelle Prophylaxe folgende Nutzanwendung ableiten: Vermeidung aller Momente, welche geeignet sind, die motorische oder chemische Function des Magens zu stören oder herunterzusetzen. Dahin gehören körperliche und geistige Ueberanstrengungen, Gemüthsbewegungen, durch welche, wie bekannt, die motorische Function des Magens leidet, und durch abnorm langes Verweilen der Ingesta catarrhalische Zustände der Magenschleimhaut erzeugt werden können. Ferner der Genuss unverdaulicher, ungenügend oder unzweckmässig zubereiteter Speisen, ungewohnter Nahrungsmittel, namentlich aber allzureichlicher Mahlzeiten, wodurch die chemische Function des Magens gestört oder wenigstens insufficient werden kann, endlich der Uebergenuss alkoholischer Getränke. Als ein zweckmässiges Prophylacticum wäre, besonders dann, wenn auch nur leichte dyspeptische Beschwerden bestehen, der Gebrauch von Salzsäure nach den Mahlzeiten zu empfehlen, 8—10 Tropfen in $^1/_4$ Glas gekochten Wassers. Nicht selten pflegt sich zu Epidemiezeiten auf Grundlage der Cholerafurcht Stipsis einzustellen. Dieselbe soll nicht unbeachtet bleiben, sondern frühzeitig durch Clysmen mit gekochtem Wasser bekämpft werden. Dringend ist vor Erkältungen zu warnen, durch welche catarrhalische Zustände des Verdauungstractes hervorgerufen werden können, und Gewicht auf allgemeine Körperhygiene (Bäder, Bewegung im

Freien, genügender Schlaf) zu legen. Bestehende Magen- oder Darmcatarrhe sind auf das Sorgfältigste zu behandeln.

B. Behandlung der Choleradiarrhoe. Da es während einer Choleraepidemie ausserhalb eines Krankenhauses nur schwer durchführbar ist, rasch zu entscheiden, ob eine bestehende Diarrhoe eine einfache catarrhalische oder eine durch Cholerabacillen veranlasste sei, so ist es ferner geboten, jeden einzelnen Fall von Diarrhoe so zu behandeln, als ob es eine Choleradiarrhoe wäre. Das erprobteste Verfahren zu diesem Behufe ist, den Kranken sofort in das Bett zu bringen (vorher, wenn rasch ausführbar, ein warmes Bad oder heisses Sitzbad), ihn warm zuzudecken, warme Compressionen auf den Leib zu legen, die Nahrung auf etwas Schleimsuppe einzuschränken und ihm entsprechende Dosen Opiumpräparate, am besten Tinctura opii mit Thee oder Rum, Cognac, Arrac zu geben, daneben die später zu beschreibende Gerbsäureenteroclyse. Alle anderen Präparate, wie Bismuthum subnitricum und salicylicum, Alaun u. s. w. stehen an Wirksamkeit nach. Dagegen ist es nützlich, den Mageninhalt durch Darreichung von Salzsäure anzusäuern. Dass alles von dem Kranken genossene Wasser abgekocht sein muss, ist selbstverständlich. Ausserdem ist als Getränk guter Rothwein oder Cognac, Rum, Arrac mit abgekochtem Wasser gestattet. Wenn Erbrechen oder Brechneigung besteht, können auch kohlensäurehältige (nicht alkalische) Wässer gereicht werden. Ueber die Anwendung des Calomel in diesem Stadium der prämonitorischen Diarrhoen gehen die Anschauungen der Beobachter auseinander — jedenfalls dürfte diese Therapie nur in den ersten Anfängen des Processes wirksam sein können. Die Anwendung hydriatischer Proceduren in diesen ersten Krankheitsstadium betreffend, wäre zu sagen, dass die Anwendung einer energisch und sachverständig ausgeführten kalten Abreibung, bevor man den Kranken in das Bett bringt und warm zudeckt, sich nützlich erweisen kann.

(Schluss folgt.)

Literatur.

817. ***Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten für praktische Aerzte und Studirende.*** *Von Dr.* ***Georg Letzel****, München-Tölz. Mit 71 Holzschnitten. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1892.*

Das vorliegende Lehrbuch hält den modernen Standpunkt der Venereologie inne und behandelt dieselbe in den 3 Hauptformen Tripper, Syphilis und venerisches Geschwür. Es gelang dem Verf., auf verhältnissmässig engem Raume den gegenwärtigen Stand der Doctrin in klinischer Beziehung erschöpfend darzustellen, so dass das Werk sowohl dem praktischen Arzte als Nachschlagewerk, sowie dem Studirenden als Lehrbuch einen sicheren Führer darstellt. In Anbetracht der praktischen Zwecke des Werkes hat Verf. den Schwerpunkt der Darstellung auf eine möglichst genaue Schilderung der Therapie gelegt, wobei er auch jenen kleinen Technicismen Rechnung trägt, welche der Praktiker manchmal in grösseren Lehrbüchern vergeblich sucht. Verf., der seine Anschauungen auf das

zahlreiche Krankenmateriale seiner langjährigen Praxis stützt, hat sich, der herrschenden Specialisirung auf therapeutischem Gebiete Rechnung tragend, für einige Capitel des Werkes die Unterstützung namhafter Fachgenossen erwirkt. Es sind von Dr. *Aneck*, Augenarzt in München, „die Capitel der in Betracht kommenden Augenerkrankungen", von Dr. *Leopold Löwenfeld*, Specialarzt für Nervenkrankheiten in München, die „Syphilis des Nervensystems" und schliesslich von Dr. *Puricelli*, Specialarzt für Nasen-, Ohren- und Halskrankheiten ebendaselbst, „die syphilitischen Erkrankungen des Mundes, Rachens, der Nase, des Kehlkopfes und der Ohren" bearbeitet worden. Zahlreiche Illustrationen nach verschiedenen Autoren und nach eigenen Präparaten und Zeichnungen des Verf. erhöhen die Brauchbarkeit des Werkes. —*p.*

818. ***Die Magensäure des Menschen.*** *Kritisch und experimentell bearbeitet von Dr.* ***F. Martius****, a. o. Professor und Director d. med. Poliklinik in Rostock und* ***J. Lüttke****, Chemiker in Rostock. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.*

Bekanntlich hat die Untersuchung des Mageninhaltes, namentlich die Bestimmung der Acidität des Magensaftes für die Diagnostik der Magenkrankheiten eine besondere Bedeutung erlangt, so dass seit Jahren immer neue Methoden für die Bestimmung der Magensäure, beziehungsweise der Salzsäure im Mageninhalte angegeben werden. Prof. *Martius*, der auf der medicinischen Poliklinik in Rostock über ein bedeutendes Materiale an Magenkranken verfügt, hat sich daselbst überzeugt, dass mit den bisherigen Farbstoffreactionen in der Diagnostik der Magenkrankheiten nicht recht weiter zu kommen sei. Nach mehrfachen Versuchen kam derselbe zur Ueberzeugung, dass die von *Lüttke* bearbeitete neue Methode der quantitativen Salzsäurebestimmung im Mageninhalte mit der leichten Durchführbarkeit auch die wissenschaftliche Genauigkeit verbindet. Verf. benützte dieselbe im Vereine mit *Lüttke* zur Bearbeitung der schwebenden Fragen der Physiologie und Pathologie des Magens, soweit dieselben durch die Bestimmung der Acidität des Magensaftes ihre Beantwortung finden. Das vorliegende Werk enthält demgemäss die Schilderung der früheren Untersuchungsmethoden (Gewinnung des Untersuchungmateriales, Kritik der Indicatoren, welche Säuren überhaupt oder Mineralsäuren allein anzeigen), im 5. Capitel eine kritische Darstellung sämmtlicher bisher veröffentlichter Methoden zur Bestimmung der Salzsäure im Mageninhalte, die übrigen Capitel enthalten: „Gang der Untersuchung vom Mageninhalt"; „90 Analysen menschlicher Mageninhalte"; „physiologische und pathologische Folgerungen". Wir können hier die Resultate der zahlreichen Untersuchungen nicht in Kürze wiedergeben und müssen uns damit begnügen, die Kliniker auf die vorliegende Arbeit aufmerksam zu machen, in welcher eine der Tagesfragen der Physiologie und Pathologie des Magens eingehend erörtert und der Lösung entgegengeführt wird.

Loebisch.

819. ***Die Schutzpockenimpfung und ihre Ausführung.*** *Leitfaden für Aerzte und Studirende. Von Dr.* ***Erich Peiper****, a. o. Professor an der Universität Greifswald. II. vermehrte und verbesserte Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1892.*

Die zweite Auflage der von Aerzten und Studirenden viel benützten Schrift ist namentlich in dem Abschnitt „Impfgeschäft" umgearbeitet. Die gesetzlichen Bestimmungen sind durch stärkeren Druck hervorgehoben, der Anhang durch die in letzter Zeit erlassenen gesetzlichen Be-

stimmungen vermehrt worden. Der Literaturnachweis wurde entsprechend den neueren Publicationen auf diesem Gebiete namentlich innerhalb des Textes vermehrt, indem sämmtliche neuere Arbeiten auf dem Gebiete des Impfwesens Berücksichtigung fanden. Die Ausstattung des Werkchens ist eine recht solide. —*r.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

820. ***Die Bäderbehandlung der Eczeme.*** *Von Dr.* ***Oskar Lassar.*** *Nach einem auf dem XIV. Balneologen-Congress zu Berlin gehaltenen Vortrage. (Therap. Monatsh. 1892. 5.)*

821. ***Ueber Bäderbehandlung bei Hautkrankheiten.*** *Von Dr.* ***Edmund Saalfeld.*** *(Ibidem.)*

Auf dem diesjährigen Balneologen - Congress haben die beiden Autoren den grossen Werth einer rationellen Bäderbehandlung bestimmter Hautkrankheiten hervorgehoben. I. Wohl ist die irritirte Haut noch mehr als die gesunde geneigt, durch Nässe zur Sprödigkeit gebracht zu werden, doch darf man daraus nicht folgern, dass Eczeme von jeder Umspülung ferne zu halten seien. Noch heute perhorresciren viele Aerzte die Verwendung von Waschungen und Bädern bis zu vollständigem Verbot. Zu den übrigen Unbequemlichkeiten tritt dann die peinliche Zuthat monatelanger Unreinlichkeit. Am krassesten stellt sich dies Verhältniss bei eczematösen Säuglingen dar. Eine sehr grosse Anzahl der Säuglingseczeme ist aus Intertrigo entstanden. Intertrigo aber ist fast immer eine Folge von Unreinlichkeit. Die Oberhaut wird erodirt, die Papillenspitze bis auf das Corium freigelegt und damit der Weg geöffnet für eine rasch um sich greifende Lymphangitis, an die sich dann Dermatitis exfoliativa und bullosa, Drüsenschwellung, Abscess- und Furunkelbildung anschliesst. Wenn man aber ein in Bezug auf Temperatur, Dauer und Wasserhärte vorsichtig bereitetes Camillen-Kleie-Seifenbad, dem noch ausserdem Milch zugesetzt werden kann, bereitet, so wird die wunde Fläche von physiologischen und pathologischen Absonderungen befreit, die offen gelassenen Lymphwege können durch 2—3procentige Lapispinselungen zum Gerinnungsverschluss gebracht und die absaugenden und austrocknenden Pasten oder besser noch Pulververbände direct auf die angegriffene Partie applicirt werden. Dazu kommt dann als Hauptmoment des Bades seine eminente Resorptionsbeförderung. Es gibt gewiss kein Mittel, welches in so milder und zugleich so eingreifender Weise pathologischen Exsudationen gegenüber mächtig ist, wie die Bäder. Darum entwickeln sie bei Eczemen aller Art eine so unvergleichbare Energie. Die Eczeme fangen sämmtlich mit einer Beschädigung der Epidermis an. Ist aber diese durchbrochen, so ist die Entwicklung lymphangitischer Flächeninfiltrationen ohne Weiteres gegeben. Diese kriechen, neu genährt durch mikroorganische Nachschübe von der Aussenwelt her, fortwährend weiter, verschlimmern sich durch den Umstand, dass ihre räumliche Ausbreitung auf die Papillennerven drückt und zu infectiösem Kratzen führt, und bleiben dabei — weil sie sich unter der Hornschicht befinden — von äusserlich applicirten Salben und Pflastern fast gänzlich unbeeinflusst. Das sogenannte chronische Eczem ist in Wirklichkeit meist nichts Anderes als eine durch acute oder zeitlich wiederholt auf einander folgende Gewebsreize bedingte Belastung der Lymphbahnen. Dass aber eine solche durch nichts besser rückgängig gemacht werden kann, als durch Bäder, ist selbstverständlich,

Sprechen demnach theoretische Gründe nicht für, sondern gegen die weitere Aufrechterhaltung des Bäderverbots, so darf ich fernerhin berichten, dass die klinischen Erfahrungen diese Voraussetzung vollständig gerechtfertigt haben. Ob durch Prurigo agria und regionalis, ob in Folge von Pityriasis, Psoriasis, Herpes, durch Intertrigo, Pediculosis, Scabies entstanden, ebenso bei artificiellen Reizzuständen ist in weit über 10.000 Eczemfällen von Verf. die Bäderbehandlung eingeleitet und durchgeführt worden. Selbstverständlich aber ist es mit dem Bade allein nicht gethan. Alle übrigen Erfordernisse der Dermatotherapie müssen neben- und hinterher Erfüllung finden. Die Theerung während des Bades wird auch von schwer entzündeter Haut vortrefflich vertragen, starke Hautreize, wie Chrysarobin und Schälpasten, kann man unter Wasser, ohne jede Gefahr der Irritation und doch höchst wirksam auftragen, um sie mit Schluss des Bades wieder zu entfernen. Die Grundkrankheit, welche den meisten Eczemen zum Anlass gedient hat, muss je nach ihrer Natur in Angriff genommen werden und unmittelbar nach dem Bade wird man mit Pasten, Pudern, auch wohl mit Salben und Oelen um so energischer vorgehen dürfen, weil diese Auftragungen nur bis zum nächsten Bade auf der Haut bleiben, um dann wiederholt oder durch besser indicirte ersetzt zu werden.

II. Die wesentlichste Wirkung des Bades ist die Erweichung der Epidermis und der ihr auflagernden fremden Substanzen, d. h. des Schmutzes sowohl wie der Krankheitsproducte, der Schuppen, Borken und Krusten. Ferner dient das Bad als schützende Hülle bei ausgedehntem Epidermisverlust und Geschwürsbildungen. Ausserdem ist es als Vehikel für medicamentöse Stoffe ein Heilmittel ersten Ranges, das speciell in Form zahlreicher natürlicher Quellen eclatante therapeutische Erfolge aufzuweisen hat. Das Bad ist daher indicirt in denjenigen Fällen, wo wir eine macerirende Wirkung beabsichtigen, wo wir eine Verminderung von Infiltraten hervorrufen, ausserdem wo wir calmirend auf die Haut einwirken wollen. Contraindicirt erscheinen Bäder bei Hautkrankheiten im acut entzündlichen Stadium. — Erscheint im Allgemeinen die Anwendung von Bädern beim acuten Eczem contraindicirt, so ist noch speciell wegen der praktischen Wichtigkeit darauf hinzuweisen, dass bei Patienten mit Neigung zu recidivirenden Eczemen selbst der Aufenthalt in zu feuchter Luft nachtheilig wirkt, zumal wenn diese Luft noch mit anderen, und zwar schädlichen Stoffen erfüllt ist. Es ist ja bekannt, dass Personen mit reizbarer Haut, wenn sie an die See kommen, oft genug ein Recidiv, respective eine Verschlimmerung ihres Leidens erfahren, die um so stärker hervortritt, sobald die Patienten in der See baden. Aehnlich verhält es sich auch mit der Furunculose und Psoriasis vulgaris.

(Schluss folgt.)

Kleine Mittheilungen.

822. ***Creosotwein mit Chloroform bei tuberculöser Bronchitis.*** *Von Dr.* **Desprez.** *(La semaine méd. 1892. 32. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 7.)*

Verf. lobt sehr folgende Formel bei Phthisikern:

Rp. *Cresoti fagi*
Chloroformilli aa. 3·0,
Tinct. arnic. 30·0,
Vini malac. 300·0.

Vor jeder Mahlzeit einen halben Esslöffel voll in einem Glas Wasser zu nehmen.

823. ***Pepsin in der Behandlung von Abscesshöhlen.*** *Von* **Sweart.** *(St. Louis Cour. of med. 1892. April. — Les nouveaux remèdes. 1892. 14.)*

Verf. empfiehlt die Einspritzung von Pepsinlösungen in Abscesshöhlen; das Pepsin wirkt auf die necrotisirten Gewebe und die pyogene Membran verflüssigend. Hierauf wird die Abscesshöhle mit Wasserstoffsuperoxydlösung gereinigt. —r.

824. ***Gegen nässende und schmerzhafte Geschwüre*** empfiehlt *Weismueller:*

Rp. *Acid. carbol.* 8·0,
Acidi borici 4·0 (s)
Zinci oxydat. 3·0,
Amyl. tritici,
Talci pulver. aa. 30·0.
S. Zur örtlichen Anwendung.

(St. Louis Cour. of med. 1892. April. — Les nouveaux remèdes. 1892. 14.)

825. ***Sublimat als Vesicans.*** *Aubert* verwendet die ätzenden Eigenschaften des Sublimats in der Weise, dass er auf die Hautstelle zunächst ein Stück Heftpflaster aufklebt, das in der Mitte ein entsprechend grosses Loch hat. Darüber kommt dann eine mit 1procentiger Sublimatlösung getränkte Compresse und darüber ein trockener Verband. In 6—7 Stunden wird eine Blase gezogen, ähnlich wie durch ein Cantharidenpflaster; die Antisepsis ist gleichzeitig für diese oberflächliche Verletzung garantirt. *Aubert* hat dieses Mittel besonders bei Hauttuberculose in Anwendung gezogen und damit befriedigende Resultate erzielt.

(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1892. 15.)

Zur Behandlung der Scrophulose und Chorea minor bei anämischen Kindern berichtet Sanitätsrath Dr. L. Fürst in Leipzig der deutschen Medicinalzeitung, dass unter den zur Zeit gebräuchlichen Eisen-Arsenwässern die von Autoritäten, wie Gustav Braun, Chrobak, Riehl, Kaposi, Neumann, Sänger, Rokitansky u. A. warm empfohlene „Guberquelle“ auch von ihm zu Versuchen in Verwendung gezogen wurde. „Die günstigen Erfahrungen, welche hervorragende Kliniker mit diesem Mineralwasser gemacht haben, liessen mich von vornherein annehmen, dass es in, mit Anämie verbundenen, Fällen von Scrophulose und Chorea eine nachweisbar günstige Wirkung üben würde. Diese anfangs nur theoretische Schlussfolgerung hat sich mir in einer kleinen Reihe von Fällen praktisch vollkommen bestätigt. Die Guberquelle, welche nach Ludwig's Analyse in 10.000 Gewichtstheilen Wasser 3·734 schwefelsaures Eisenoxydul und 0·061 Arseniksäureanhydrit enthält, zeichnet sich durch eine bemerkenswerthe Gleichmässigkeit ihrer Zusammensetzung aus. Mit Recht hebt Chrobak hervor, dass diese Constanz einen doppelten Vortheil hat, einmal die Möglichkeit einer genauen Dosirung, sodann aber den Vorzug wegen der nicht zu grossen Eisenmengen gut vertragen zu werden — Eigenschaften, die für die Behandlung von Kindern schwerwiegend sind. Kinder, die ohnehin schlechte Einnehmer sind, befreunden sich leicht mit diesem Mineralwasser und, da es keine lästigen Nebenwirkungen erzeugt, so ermöglicht es trotz der oft sehr difficilen Verdauungswege der Kinder fast beliebig langen Gebrauch. Darauf aber kommt es gerade im Kindesalter an. Ein Medicament oder Mineralwasser, das nur mit Widerstreben genommen wird und wegen Verdauungsstörungen bald wieder ausgesetzt werden muss, verfehlt seinen Zweck, zumal bei chemischen Störungen der Ernährung und der Blutmischung.

Die Dosirung der Guberquelle war eine sehr vorsichtig ansteigende, was ich nur empfehlen kann. In der 1. Woche gab ich 2mal täglich 1 Kinderesslöffel, in der 2. Woche 3mal täglich 1 Kinderesslöffel, von der 3. Woche an 3mal täglich 1 Esslöffel. In der vorletzten Woche der Cur wurde wie in der 2. Woche dosirt, in der Schlusswoche wie beim Beginn.

Trotzdem die Zahl der mitgetheilten Beobachtungen eine bescheidene ist, glaube ich doch folgende Schlüsse aus denselben ziehen zu dürfen:

1. Die Eisenarsenbehandlung mittelst Guberquelle vermag bei entsprechender Dosirung und correctem hygienisch-diätetischem Verhalten die mit Anämie verbundenen Formen der Scrophulose ziemlich rasch und sicher zu bessern, respective zu heilen.

2. Bei Chlorose erreicht man unter gleicher Behandlung zwar nicht so augenfällige, aber befriedigende Resultate.

3. Gegen die mit Anämie verbundene Chorea minor hat, wenn letztere einem passenden Regime unterworfen und individuell, unter Berücksichtigung der causalen

Verhältnisse, behandelt wird, das Eisenarsenwasser der Guberquelle eine günstige, fast specifische Heilwirkung.

4. Die günstige Wirkung des genannten Wassers erfolgt trotz der geringen Mengen des in den Einzeldosen enthaltenen Eisens und Arsens, wahrscheinlich sogar wegen dieses für die Assimilation vortheilhaften Umstandes.

5. Welcher Antheil an dem Erfolge bei den genannten Leiden dem Eisen und welcher dem Arsen zukommt, lässt sich nicht genauer feststellen. Doch scheint das Arsen, welches (ähnlich wie das Jod) specifisch wirkt, in seinem die Oxydationsvorgänge beschränkenden, die Respirationsoberfläche verkleinernden und zur Oligomikrocythämie führenden Einflusse durch das Eisen corrigirt und compensirt zu werden. Dieses gleicht den für die Chromocytenzahl und den H Gl.-Gehalt ungünstigen Einfluss nicht nur aus, sondern vermehrt sogar die Zahl der rothen Blutkörperchen und deren H Gl.-Gehalt. Gerade die natürlich gegebene Combination beider Mittel ist also für die Beseitigung der genannten Leiden in hervorragender Weise geeignet."

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Halbeis, Dr. Josef, Specialarzt für Ohren- und Halskrankheiten in Salzburg. Die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes (Hyperplasie der Tonsilla pharyngea) bei Kindern und Erwachsenen und ihre Behandlung. Aus drei im ärztlichen Vereine im Herzogthume Salzburg gehaltenen Vorträgen zusammengestellt. Nebst einer Uebersichtstabelle über die 1881—1891 beobachteten und behandelten einschlägigen Krankheitsfälle. München und Leipzig, Verlag von J. F. Lehmann.

Hirschfeld, Dr. Felix, Assistenzarzt an der inneren Abtheilung des städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin. Grundzüge der Krankenernährung. Berlin 1892, Verlag von August Hirschwald.

Kobert, Prof. Dr. R., kaiserlich russischer Staatsrath. Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat. Herausgegeben von —. VIII. Mit einer farbigen Doppeltafel. Stuttgart 1892, Verlag von Ferdinand Enke.

Letzel, Dr. Georg, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten für praktische Aerzte und Studirende. Mit 71 Holzschnitten. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1892.

Martius, Dr. F., a. o. Professor und Director der medicinischen Poliklinik in Rostok und *Lüttke J.,* Chemiker in Rostok, Die Magensäure des Menschen. Kritisch und experimentell bearbeitet. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1892.

Schmidkunz, Dr Hans, Privatdocent der Philosophie an der Universität München. Der Hypnotismus in gemeinfasslicher Darstellung. Mit einer somnambulen Krankengeschichte. Stuttgart 1892, A. Zimmer's Verlag.

Sobel, Johannes de Deo, kaiserlicher Rath und Ordensprovinzial. Geschichte und Festschrift der österr.-böhm. Ordens-Provinz der Barmherzigen Brüder zu der am 28., 29. und 30. August stattfindenden Feierlichkeit der Einweihung des durch die Munificenz Sr. Durchlaucht des Fürsten Johann II. von und zu Liechtenstein neuerbauten Mutterhaus-Spitales zu Feldsberg in Niederösterreich. Verfasst und herausgegeben von —. Wien 1892. Selbstverlag des Ordens der barmherzigen Brüder.

Volkmann, Richard v. Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge. Herausgegeben von Ernst v. Bergmann, Wilhelm Erb und Franz Winckel. Leipzig 1892, Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.
- Nr. 50. Hoffa Albert: Zur Pathogenese der arthritischen Muskelatrophien.
- Nr. 51. Freund S. C.: Ein Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Frage von den sogenannten traumatischen Neurosen.
- Nr. 52. Chazan Samuel: Physiologie und Diätetik der Nachgeburtsperiode.

Archiv, Ungarisches, für Medicin. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachgelehrter redigirt von *Dr. Arpád Bókai, Dr. Ferdinand Klug, Dr. Otto Pertik,* Professoren an der Universität Budapest. I. Bd., 3. und 4. Heft. Wiesbaden 1892, Verlag von J. F. Bergmann.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg** in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: **Eugen Schwarzenberg.**
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



110

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

826. ***Ueber künstliche Schutzimpfung von Thieren gegen Cholera asiatica.*** *Von Prof. Dr.* ***L. Brieger*** *und Dr.* ***A. Wassermann.*** *Aus dem Institut für Infectionskrankheiten. (Deutsch. med. Wochenschrift. 1892. 31.)*

Die Verff. berichten über weitere Fortschritte des mit *Kitasato* veröffentlichten Verfahrens, Meerschweinchen gegen eine nachfolgende Injection mit vollvirulenten *Koch*'schen Cholerabacillen widerstandsfähig zu machen. Sie haben neuerdings Meerschweinchen mit Choleraculturen, die auf Thymus-Nährboden gezogen, dann 15 Minuten lang auf 65° C. erwärmt und schliesslich 24 Stunden im Eisschrank gehalten worden waren, injicirt. Nach Auftreten eines bald leichteren, bald schwereren Uebelbefindens erwiesen sich die Thiere schon 4—5 Tage nach der ersten Injection als immun gegen vollvirulente Choleraculturen, indem sie das Dreifache von der Dosis ertrugen, welche Controlthiere in 12—15 Stunden tödtete. Die Temperatur stieg bei den geimpften Thieren im Anfang um 1° und sank dann nach 2—3 Stunden um 2—3° C.; am Morgen nach Einspritzung einer vollvirulenten Cultur waren die Versuchsthiere wieder gesund. Auch wenn die Choleraculturen in Fleischwasserpeptonbouillon gezüchtet und 15 Minuten auf 65° erwärmt waren, konnte nach Injection Immunität erzielt werden, ebenso wenn man sie überhaupt nicht erwärmte, sondern von Agarculturen abgenommene Choleravegetationen zu Thymusextract setzte und so auf Eis mehrere Tage stehen liess.

827. ***Ueber Stenose des Pulmonalostiums.*** *Von Prof.* ***F. Moritz.*** *Vorgetragen im ärztlichen Verein zu München am 14. Juni 1892. (München. med. Wochenschr. 1892. 33.)*

Im Anschluss an die Demonstration einer Kranken mit angeborener Pulmonalstenose aus der Abtheilung des Herrn Geheimrath *v. Ziemssen* gibt Verf. einen Ueberblick über die verschiedenen anatomischen Herzbefunde, die dem klinischen Bilde zu Grunde liegen können: 1. Einfache, auf fötale Endocarditis zurückzuführende Stenose der Lungenarterienbahn ohne Defect im Kammerseptum. Dabei meist, aber nicht immer, Offenbleiben des Foramen ovale und des Ductus arteriosus Botalli. 2. Einfache Stenose der Lungenarterienbahn mit Defect im Kammerseptum. Hier ist das Foramen ovale nicht selten, der Ductus Botalli häufig geschlossen. 3. Combinirte Stenose der Lungenarterienbahn mit Defect im Kammerseptum. Foramen ovale und Ductus Botalli offen oder geschlossen. Als Ausgleichseinrichtungen bei diesen Herzanomalien wirken: 1. die Hypertrophie des rechten Ventrikels, 2. das Offenbleiben der fötalen Blutleitungswege, nämlich des Foramen ovale und des

Ductus Botalli, 3. die postfötal manchmal eintretende vicariirende Erweiterung von Bronchialarterien, auch wohl von Arteriae oesophageae und mediastinicae, welche alsdann mit den Aesten der Arteria pulmonalis communiciren. Die Hypertrophie des rechten Ventrikels ermöglicht es diesem, die Enge der Pulmonalis bis in einem gewissen Grade auszugleichen. Das offen bleibende Foramen ovale entlastet den rechten Vorhof, indem dieser, der sich nach dem überfüllten rechten Ventrikel hin nur ungenügend entleeren kann, sein Blut zum Theil direct in den linken Vorhof leitet. Der offen bleibende Ductus Botalli und die erweiterten, mit der Lungenarterie anastomosirenden, oben genannten Arterien vermitteln von der Aorta her eine bessere Versorgung der Lunge mit Blut. Da die Aorta bei offenem Foramen ovale gemischtes, d. h. zum Theil venöses Blut führt, so kommt durch die theilweise Versorgung der Lunge mit Blut aus der Aorta auch eine vollständigere Arterialisirung des Blutes zu Stande. Als eine weitere compensatorische Vorrichtung hat sich in dem demonstrirten Falle eine besondere Beschaffenheit des Blutes ergeben. Dasselbe ist bedeutend zellen- und hämoglobinreicher als normales Blut: Erythrocyten über 7 Millionen im Cubikmillimeter, Leukocyten nicht vermehrt, Hämoglobingehalt = 160 Procent des Normalen, specifisches Gewicht des Blutes = 1081. Dieses Blut muss im Stande sein, über $1^1/_2$mal soviel O aufzunehmen als normales Blut und also ceteris paribus auch um ebensoviel den Sauerstoff der Lungenluft besser ausnützen können. Diese Annahme hat in der Untersuchung des Gasgehaltes des Blutes ihre Bestätigung gefunden, indem der Verf. durch Analyse feststellen konnte, dass aus der Vena mediana unter den nöthigen Cautelen entnommenes Blut einen gegen die Norm nicht verminderten O-Gehalt zeigte. Der Kohlensäuregehalt dagegen war um circa 50 Procent des Normalen erhöht. Was die bei der angeborenen Pulmonalstenose häufig vorhandene ausgeprägte Cyanose betrifft, wegen deren das Krankheitsbild auch wohl „angeborene Blausucht" genannt wurde, so recapitulirt der Verf. die schon von anderer Seite und mehrfach dargelegten Gründe, welche die Haltlosigkeit einer älteren, immer noch wieder auftauchenden Hypothese darthun, dass nämlich die Cyanose durch die ungenügende Arterialisirung des Blutes in der Lunge und die Füllung des linken Ventrikels mit theilweise venösem Blute bedingt sei. Dagegen sprechen die vielen Fälle von Pulmonalstenose, die lange Zeit wenigstens ohne Cyanose verliefen, dagegen ist ein geradezu experimenteller Beweis ein Fall von abnormem Ursprung einer Arteria subclavia aus der Pulmonalarterie, wo bei Lebzeiten keine cyanotische Färbung des betreffenden Armes bestanden hatte. Die Cyanose bei der angeborenen Pulmonalstenose ist vielmehr wie jede andere cardiale Cyanose allein durch ungenügende Entleerung des venösen Systems bedingt. In dem demonstrirten Falle lässt sich dies anschaulich zeigen, indem bei Erheben des Armes die Cyanose der Hand fast völlig verschwindet. Was die Prognose anlangt, so erreichen doch etwa 15 Procent der Kranken ein Alter von zwei Decennien, mehrere Fälle sind sogar bis zu vier Decennien beobachtet. Eine relativ häufige Complication stellt die Lungentuberculose dar, indem wohl durch die Ischämie der Lunge die Ansiedelung des Tuberkelbacillus begünstigt wird.

828. ***Ueber acuten Gastrointestinalcatarrh mit nervösen Erscheinungen.*** *Von Prof.* **Demme.** *Bericht aus dem Jenner-schen Kinderspital in Bern. 1891. (Centralbl. f. klin. Med. 1892. 32.)*

Verf. hatte im Frühjahr 1889 und 1890 Gelegenheit, eine eigenthümliche Reihe acuter Gastrointestinalcatarrhe zu beobachten, welche sich durch das initiale Auftreten heftiger, theils in Convulsionen, theils in schweren soporösen Zuständen bestehender nervöser Erscheinungen von dem gewöhnlichen acuten Magen-Darmcatarrh unterschieden. Diese Erkrankungsform war zum Theil auf einzelne Häuserbezirke beschränkt und es bestand die erste Erkrankungsreihe aus 9, die des Jahres 1890 aus 14 Individuen. Es handelte sich um Kinder zwischen dem ersten und vierten Lebensjahre. Ein Unterschied bezüglich des Geschlechtes liess sich nicht constatiren. Die Hirnerscheinungen erreichten oft den Eindruck, dass es sich um eine beginnende tuberculöse Meningitis handle; das Zurücktreten derselben aber meist nach drei bis vier Tagen klärte über ihre Bedeutung auf. Bei allen Fällen wurde ein hartnäckiges Andauern der flüssigen Ausleerungen oft unter Bestehen subnormaler Temperaturen constatirt. Zwei Fälle endeten letal. Die Autopsie ergab eine stellenweise intensive Röthung der Schleimhaut des Dünndarmes; keine Schwellung der *Peyer*'schen Plaques und der Solitärfollikel. Die Untersuchung des Gehirnes zeigte starke Füllung der Venen der Hirnhäute und der Hirnoberfläche neben Oedem der Hirnhäute. Verf. glaubt, dass es sich in diesen Fällen um die toxische Einwirkung eines aus dem gährenden Darminhalt sich bildenden Ptomains, beziehungsweise Toxins auf die Nervencentren gehandelt hat.

829. ***Zur Behandlung Ertrunkener.*** *Von Dr.* **Brouardel.** *(Le Bull. méd. 1892. — Med. Neuigkeit. 1892. 33.)*

Verf. erinnerte daran, dass der Tod durch Ertrinken sich nicht immer auf dieselbe Weise vollzieht und dass eine Behandlung, welche in dem einen Falle zweckmässig ist, in anderen Fällen weniger zweckmässig oder unzulänglich sein kann. Es gibt eine dreifache Art des Ertrinkungstodes. In einigen Fällen tritt der Tod plötzlich ein in dem Moment des in's Wasser Fallens. Es ist wahrscheinlich, dass in diesen Fällen der Tod eintritt unter der gewaltigen Erregung, welche das kalte Wasser auf Haut und Schleimhäute ausübt, insbesondere auf die vom N. laryngeus superior innervirte Schleimhaut. Diese Erregung bewirkt einen augenblicklichen Stillstand der Athmung und selbst der Circulation. In diesen Fällen stirbt das Individuum, ohne dass ein einziger Tropfen Wasser in seine Athmungsorgane eindringt. In solchen Fällen wird sicher jedes Verfahren, sei es nun das *Sylvester*'sche oder das von *Laborde* empfohlene, den Ertrunkenen zum Leben bringen, wenn es nur gelingt, die für einen Augenblick unterbrochenen Functionen wieder in Gang zu bringen. In anderen Fällen ist der Tod nicht wie hier durch einen Reflexvorgang bedingt; es handelt sich um eine Person, welche in die Tiefe fährt und sich nicht mehr zur Oberfläche herausarbeiten kann — z. B. weil selbe durch einen Stein daran gehindert ist. Untersuchungen an Thieren, welche in dieser Weise ertränkt wurden, haben gelehrt, dass im ersten Moment des Untertauchens nichts in die Athmungswege eindringt, indem

die Stimmritze und die Athmungswege sich in einem heftigen Krampfzustande befinden, welcher ein Eindringen von Flüssigkeit verhindert. Bald aber folgt dem Krampf eine Erschlaffung, und das Wasser dringt massenhaft ein. Unter diesen Verhältnissen hat ein Hund in einer Minute bis zu 400 Grm. Wasser aufgenommen. Ein in diesem Moment aus dem Wasser gezogenes Individuum kann noch gerettet werden, wenn es durch die Einleitung der künstlichen Athmung gelingt, das in den Lungen enthaltene Wasser aus den Lungen zu entleeren. Aber in der Mehrzahl der Fälle vollzieht sich der Eintritt des Todes unter einem anderen Mechanismus. Wenn der Ertrinkende mit dem Wasser kämpft, taucht er unter, erscheint wieder an der Oberfläche und taucht von Neuem unter, um endlich für immer zu verschwinden. In diesem Kampfe lassen die Anstrengungen des Ertrinkenden nicht nur Luft mit Wasser vermischt in die Athmungswege dringen, sondern auch Speisereste, welche durch Contractionen des Zwerchfelles aus dem Magen getrieben wurden. Dass die Athmungsanstrengungen in solchen Momenten keine geringen sind, sondern im Gegentheil äusserst heftige, beweisen die Fälle, wo Cloakenarbeiter durch herabstürzende Fäcalmassen überrascht wurden, während sie in der Cloake arbeiteten. Die respiratorischen Anstrengungen waren so heftig, dass man Fäcalmassen bei ihnen fand in den feinsten Verzweigungen der Luftwege. Man fand selbst bei einem dieser Unglücklichen einen kleinen Kiesel von der Grösse einer Bohne, welcher den Eingang zu den Athmungsorganen verstopfte. Man beobachtete dasselbe bei Neugeborenen, welche in Abortgruben geworfen wurden. Bei der Autopsie lässt ein Druck auf die feinsten Bronchialverzweigungen Fäcalmassen aus diesen austreten. Um auf die im Wasser, und zwar nach der oben beschriebenen Art Ertrinkenden zurückzukommen, so haben die gewaltigen Athmungsanstrengungen zur Folge, dass eine Wassermenge in den Kreislauf eintritt, gleich ein Viertel bis ein Drittel der gesammten Blutmenge. Man kann sich davon überzeugen, indem man die Blutkörperchen der Versuchsthiere vor und nach dem Ertrinken zählt. Dazu kommt noch, dass das Eindringen des Wassers in die Lungenalveolen schleunigst das Pflasterepithel, welches ihre Wände auskleidete, zerstört, und in demselben Masse die Function dieser Alveolen vernichtet. Es erklärt sich daraus, dass die Ertrinkenden, welche in dieses letzte Stadium eingetreten sind, wenn man sie aus dem Wasser befreit, in viel grösserer Gefahr schweben, als die der ersten beiden Kategorien. Der Zustand ihrer Lungenalveolen, die Zerstörungen in ihren Respirationsorganen, die hochgradige Hydrämie ihres Blutes sind die Verhältnisse, welche bekämpft werden müssen, und leider sind die Mittel, über welche wir in diesen Richtungen verfügen, nur wenig wirksam.

830. ***Zur Pathogenese der arthritischen Muskelatrophien.*** *Von* ***Albert Hossa****, Würzburg. (Samml. klin. Vortr. Nr. 50.)*

Durch das Gelenktrauma oder die Gelenksentzündung werden die articulären Nervenendigungen gereizt. Dieser Reiz pflanzt sich centripetal auf die Ganglienzellen in den Vorderhörnern des Rückenmarks fort, d. h. auf die spinalen Centren der die atrophirenden Muskeln versorgenden motorischen Nerven, erzeugt in

diesen eine dynamische, d. h. wohl moleculäre Alteration, und das Resultat dieser ist die arthritische Muskelatrophie. Die Richtigkeit dieser von *Paget-Vulpian* aufgestellten Reflextheorie hat Verf. durch sehr geschickt angestellte Thierexperimente nachgewiesen und ist somit gleich *Julius Wolff* der Ueberzeugung, dass es sich bei den im Titel genannten Atrophien um Leiden aus dem Gebiete der Trophoneurosen handelt. Kommen die Patienten noch mit florider Gelenksentzündung zu uns, so soll schon von vornherein durch leichte Faradisation und Galvanisation und durch vorsichtige und schonende Massage gegen die Muskelatrophie angekämpft werden. Ausgeprägte Atrophie aber bei erloschener Gelenkserkrankung verlangt energische Massage und Faradisation der betreffenden Muskeln. *v. Buschman.*

831. ***Ein Fall von sehr frühzeitiger progressiver Paralyse.*** *Von* **Charcot** *und* **Dutil.** *(Arch. de Neurol. 1892. März. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1892. Juli.)*

Knabe von 16 Jahren, seit zwei Jahren krank. Von mütterlicher Seite keine Heredität, dagegen der Vater Potator, ein Vetter zeitweise geistesgestört. Die Entwicklung des Knaben, auch die geistige, war gut. Im 14. Jahr kam er in ein Geschäft, aber schon nach einem Monat machten sich Erscheinungen geistiger Schwäche bemerkbar, man konnte ihm nur leichte Aufträge geben. Ein halbes Jahr später trat ein Anfall auf, nach welchem kurze Zeit eine Störung der Sprache und des rechten Beines bestand. $1^1/_2$ Jahr später war er geistig ganz schwach geworden, unsauber, sah jetzt für sein Alter entschieden zu wenig entwickelt aus. Es bestand deutliche paralytische Sprach-, Lese- und Schreibstörung, Pupillendifferenz, Lichtstarre der Pupillen, zeitweise Formicationen in den Gliedern (épilepsie sensitive). Zeichen hereditärer Lues fehlten, desgleichen waren andere Infectionskrankheiten nicht vorausgegangen. Als einziges ätiologisches Moment war die Heredität vorhanden. Paralysen unter 20 Jahren haben die Verff. bis jetzt 20 in der Literatur gefunden. Die Merkmale dieser juvenilen Form sind: In der Zeit der Pubertät zwischen dem 12. und 16. Lebensjahr treten gewöhnlich die ersten Erscheinungen auf. Die Entwicklung des Patienten war sonst meistens gut. Zuerst erscheinen gewöhnlich psychische Symptome, Schwächeerscheinungen. Auf körperlichem Gebiet bleibt die Entwicklung zurück und es treten die Erscheinungen der Paralyse auf. Die Dauer der Krankheit beträgt 2—5 Jahre. In vier Fällen wurde bei der Section Periencephalitis gefunden. Aetiologisch fehlt meist Alkoholismus, Trauma, sexuelle Excesse, Ueberanstrengung. Vor Allem ist die Heredität, weniger die Lues für die Entstehung des Leidens wichtig.

832. ***Plötzlich auftretende Herzerweiterung durch Ueberanstrengung beim Bergsteigen.*** *Von Prof.* **v. Ziemssen.** *(Med. Neuigkeit. 1892. 32.)*

In der medicinischen Klinik zu München besprach Geheimrath *v. Ziemssen* einen Fall von plötzlich auftretender Herzerweiterung, welcher allgemein Beachtung verdient. Ein junger Norddeutscher, welcher noch nie einen höheren Berg bestiegen hatte, machte in Begleitung mehrerer Freunde eine Tour auf die Zugspitze (2965 Meter). Thörichter Weise fand der Aufstieg sehr rasch

statt, ebenso nach einem kurzen Aufenthalt der Abstieg. Obwohl der betreffende Herr schon am Abend desselben Tages Anschwellung um die Knöchel bemerkte, liess er sich nicht abhalten, am folgenden Morgen wiederum eine sehr forcirte Tour zu machen, welche ihm allerdings schon sehr schwer fiel. Am Abend des zweiten Tages trat nun bei dem Patienten Erbrechen ein, im Uebrigen fühlte er sich aber noch wohl. Tags darauf fuhr er nach München zurück und bekam so heftige Athemnoth, dass er nur noch mit grösster Mühe über die Treppe steigen konnte. Trotzdem beobachtete er die folgenden zwei Tage nicht die nöthige Ruhe und Schonung; sein Zustand verschlimmerte sich nun so, dass er gezwungen war, das Krankenhaus aufzusuchen. Die Untersuchung daselbst ergab acute Herzerweiterung in Folge allzu grosser und ungewohnter Muskelanstrengung bei einem sonst gesunden Organismus. In der Folge trat Wassersucht, Athemnoth, Schlaflosigkeit etc. auf und der Kranke lag mehrere Wochen schwer darnieder; doch erholte er sich später wieder vollkommen. *v. Ziemssen* warnt mit Rücksicht hierauf alle diejenigen, welche bei grösseren Anstrengungen leicht Herzklopfen bekommen, ferner Bergsteiger, welche längere Zeit keine Touren mehr gemacht haben, insbesondere aber Neulinge im Bergsteigen, mit einer schwierigen Partie zu beginnen. Jedenfalls aber seien immer die nöthigen Ruhepausen einzuhalten, wenn man sich nicht den grössten Gefahren aussetzen wolle. Ferner ist es sehr gefährlich, beim Steigen grössere Flüssigkeitsmengen zu sich zu nehmen, weil dadurch das Herz noch mehr Arbeit zu leisten habe und dadurch nach den gemachten Erfahrungen eine Erschöpfung des Herzmuskels um so eher eintrete.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

833. ***Langdauerndes Schluchzen bei Influenza geheilt durch Jaborandiblätter.*** *Von Dr.* ***C. le Nobel.*** *(Centralbl. f. klin. Med. 1892. 32.)*

Am 27. Januar 1891 wurde H., europäischer Soldat, in's Spital in Batavia gebracht. Der Patient klagt über heftige Stirn- und Gliederschmerzen, weiter über Respirationsbeschwerden. Hat bis zum 16. Lebensjahre an Fallsucht gelitten. Hoher Grad von Anämie, Catarrh der feineren Bronchien. In der Nacht vom 8. zum 9. Februar wurde er plötzlich von einem heftigen Anfall von Schluchzen ergriffen. Puls 88, regelmässig, voll, ziemlich hart; Respiration 40, inspiratorische Dyspnoe, unregelmässig auftretende clonische Zwerchfellkrämpfe. Am folgenden Morgen zeigte sich der Kranke schwer ermüdet, fast allgemeine Cyanose; es bestand starke Orthopnoe. Ordination:

Rp. *Inf. foliorum Jaborandi 5:200.*

10. Februar. Das Schluchzen hat so gut wie aufgehört, der Hustenreiz ist gemildert, die Sputa sind dünnflüssig, die Expectoration geht leicht von statten. Leichte Cyanose, unregelmässig auftretende Dyspnoe. Patient zeigt eine starke Schweissabsonderung. Speichelfluss. Ordination:

1. Rp. *Inf. foliorum Jaborandi 5:200.*
2. Rp. *Spiritus vini gallici,*
Aquae fontanae aa. 50.

11. Februar. Das Schluchzen hat aufgehört, Patient in Schweiss gebadet; es besteht noch leichte Dyspnoe und Cyanose. Patient wurde in einem Curorte im Gebirge weiter verpflegt; kein Anfall von Schluchzen mehr. In der ausgebreiteten Literatur über Jaborandiblätter und Pilocarpin (*Lewin*, Charité-Annalen) findet Verf. nur wenige Fälle von Singultus notirt, in denen die Jaborandiblätter oder das Pilocarpin verschrieben worden sind. *Ortille* beschreibt einen interessanten Fall von Schluchzen, der sieben Monate dauerte und durch Pilocarpin beseitigt wurde. *Küthe* wendete mit ausgezeichnetem Erfolge ein Decoctum Jaborandi 8 : 100 an in einem Falle von Schluchzen, welches sechs Tage und sechs Nächte ohne anfzuhören anhielt, nachdem verschiedene Nervina, wie Kalium bromatum, Morphium und Belladonna, sowie Elektricität (auf Vagus und Phrenicus applicirt) sich als vollkommen nutzlos erwiesen hatten. *Gutteling*, praktischer Arzt in Batavia, hatte die Gelegenheit, bei einer an Influenza erkrankten Person, die sieben Tag und sieben Nächte von Singultus gequält worden war, nach Verf.'s Vorschrift sofort Heilung zu bringen. In geschildertem Krankheitsfalle ist bemerkenswerth, dass bei einem schwer ermüdeten, cyanotischen Kranken nach Verabreichung der Jaborandiblätter die Herzwirkung eine ausgezeichnete blieb, umsomehr, weil man nach Pilocarpin so oft Collapserscheinungen auftreten gesehen hat. Welcher Bestandtheil der Jaborandiblätter das gegen Singultus wirksame Princip sei, fällt zur Zeit schwer zu entscheiden; es hat zwar *Ortille* mit dem Pilocarpin ein günstiges Resultat bekommen, doch bleibt noch immer die Frage, ob von ihm ein reines Präparat verabreicht worden ist. *O. R.*

834. ***Untersuchungen über die Absorption in Fett eingeschlossener Mittel durch die Haut.*** *Von Dr.* **Guinard.** *(Lyon méd. 1891. 36—38. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 18.)*

Die Frage über die Wirkungsweise von Salben, welche Medicamente einschliessen, wenn dieselben auf die intacte, stets unversehrte Haut applicirt werden, ist eine noch offene. Widersprechende Anschauungen herrschen im Allgemeinen nicht nur darüber, ob Medicamente, in dieser Weise dargereicht, überhaupt durch die Haut dringen oder nicht, sondern auch bezüglich der Wirkungen der einzelnen Medicamente sowohl, als der Salbenart, sind mannigfache und entgegengesetzte Ansichten verbreitet. Verf. hat eine neue gründliche experimentelle Erörterung dieser Frage mit Recht für nöthig befunden. Die Resultate sind grösstentheils so abweichend von den Ansichten, die namentlich unter den Klinikern verbreitet sind, andererseits sind die Experimente, auf denen sie beruhen, so einwandfrei und überzeugend dargelegt, dass die Arbeit allgemeine Beachtung verdient. Die Ergebnisse derselben sind: 1. Sowohl für die Salben selbst (Lanolin, Vaselin, Schweinefett), als für sämmtliche darin enthaltenen Medicamente ist die intacte (also z. B. nicht durch Ung. cinereum gereizte und entzündete) Epidermis eine undurchdringliche Barrière (Versuche mit Strychnin, Atropin, Jodkali, Morphium u. A.). 2. In der Mehrzahl der Fälle,

in denen man ein Durchdringen der Haut bisher angenommen hat, gestützt auf den therapeutischen Effect oder auf den Nachweis der betreffenden Medicamente im Urin, handelte es sich um einen flüchtigen Körper (z. B. Jod), welcher nicht durch die Haut, sondern durch die Respirationsorgane Eingang gefunden hat. 3. Ausnahmsweise kann in gewissen Fällen, allerdings nur, wenn es sich um Medicamente handelt, die sich in Dämpfe, respective Gase umwandeln, mittelst der Schweissdrüsen und Talgdrüsen ein Eindringen durch die Haut erfolgen. Dies geschieht aber immer äusserst langsam und in unmessbar kleinen Mengen. Beschleunigt wird das Eindringen durch energisches Reiben der Haut, welches die Drüsengänge erweitert und ihren verstopfenden Inhalt entleert. 4. Abgesehen von diesen Ausnahmen ist das Lanolin eben so wenig wie das Fett und Vaselin geeignet, die Absorption durch die intacte Haut und das Eindringen von Medicamenten in die Blutbahn zu ermöglichen. Verf. konnte sich nicht überzeugen von dem Rufe, den das Lanolin geniesst, dass es nämlich die Fähigkeit besitzt, in die Epidermis einzudringen. 5. Die wirklich absorbirenden Flächen (z. B. Wunden) verhalten sich gegenüber den genannten drei Salben verschieden. Am raschesten gehen die Medicamente aus Vaselinsalben über, aus Lanolin und Fett langsamer, am langsamsten aus dem Fett. Das Vaselin ist also das geeignetste Vehikel, wenn es sich darum handelt, auf resorptionsfähigen Flächen möglichst rasch ein Medicament in Salbenform zur Aufnahme in die Blutbahn darzureichen.

835. ***Die physikalische Behandlung der chronischen Obstipation.*** *Von Dr.* **Leber.** *(München. med. Wochenschr. 1892. 23.)*

Verf. räumt bei Behandlung der chronischen Obstipation der Anwendung der physikalischen Heilagentien die erste Stelle ein. Verf. behandelte innerhalb weniger Monate 7 Fälle von chronischer Obstipation: In fünf Fällen waren es Neurastheniker, die neben anderen Beschwerden hauptsächlich über Stuhlverstopfung klagten. Die Dauer des Bestehens der Stuhlbeschwerden variirte zwischen $^3/_4$—6 Jahren, in einem Falle bestand die Obstipation sogar seit 21 Jahren. In den zwei anderen Fällen fand sich die chronische Obstipation nur als Nebenbefund und waren die betreffenden Patienten wegen Schreibkrampf, beziehungsweise Occipitalneuralgie in Behandlung getreten. Die Behandlungszeit erstreckte sich auf 6—12 Wochen und der Erfolg war, mit Ausnahme der beiden zuletzt erwähnten Fälle, sehr befriedigend. In der Regel stellte sich nach etwa 14tägiger Behandlung spontaner Stuhlgang ein. Bis dahin liess Verf. die Patienten Pulv. Liqu. oder kühle Klystiere zur Unterstützung anwenden. Einen momentanen Erfolg, wie er einigemale von anderen Autoren berichtet wurde, dass vom ersten oder zweiten Tage der Behandlung an spontaner Stuhlgang erfolgte, sah Verf. niemals eintreten. Die Behandlung bestand fast stets in combinirter Anwendung von Elektricität, Massage und Wasser, bei der ersteren verfuhr Verf. so, dass eine etwa 400 Qcm. grosse Elektrode (Anode) auf die Kreuzgegend, eine andere den ganzen Unterleib bedeckende Elektrode (Kathode) auf die vordere Bauchwand aufgesetzt und dann die Galvanofaradisation nach *de Watteville* mit ziemlich starken Strömen etwa 3—5 Minuten

lang ausgeführt wurde. Hierauf wurde die vordere Elektrode mit einer kleineren, 50 Qcm. grossen Elektrode vertauscht und der primäre Inductionsstrom angewendet. An der linken Seite des Unterleibes, direct über der Symphyse beginnend und dem Verlauf des Colon descend., transvers. und ascend. folgend, verweilte die Elektrode an jeder Stelle etwa $^1/_4$—$^1/_2$ Minute und durch Oeffnungsschläge wurden kräftige Contractionen der Bauchdecke ausgelöst (in jeder Sitzung etwa 80—100). In besonderen Fällen ist die Stellung der Elektrode recto-abdominal oder recto-sacral, wobei eine Elektrode, gewöhnlich die Kathode, in's Rectum eingeführt wird. Bei der Bauchmassage, welche 10—15 Minuten ausgeführt wurde, wurden die bekannten „Handgriffe“ angewendet, und zwar hält Verf. am wirksamsten die Frictionen, kleine, aber kräftige und ruckweise ausgeführte kreisrunde Reibungen über dem ganzen Darmtractus, hauptsächlich über dem ganzen Colon, beim Cöcum beginnend. Die daran angeschlossene active und passive Widerstandsgymnastik bezweckte hauptsächlich die Kräftigung der Bauchmusculatur. Von Wasserproceduren kamen je nach der Indication des Einzelfalles in Anwendung: morgendlich nasskalte Abreibung, kühle Halb- und Sitzbäder, Einpackungen mit nachfolgender kalter Abreibung und Douchen auf den Unterleib, vor Allem die schottische Douche.

836. ***Zur Cholerabehandlung.*** *Offener Brief von Prof.* ***Rosenbach,*** *Breslau. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 34.)*

Bekanntlich hat *C. Fränkel* gefunden, dass die Kohlensäure sehr stark entwicklungshemmend auf Culturen von Cholerabacillen wirkt; sie scheinen sich, wie auch andere Saprophyten, in einer Atmosphäre von Kohlensäure überhaupt nicht zu entwickeln. Es liegt deshalb nahe, bei Erkrankung an Cholera die Kohlensäure anzuwenden, und zwar in Gasform, da bei diesem Modus nicht wie bei der Darreichung von kohlensauren Alkalien der Magensaft neutralisirt wird. Diese Form der Darreichung empfiehlt sich auch, weil die Ausstossung des Gases sehr langsam erfolgt und weil auch wahrscheinlich eine directe Resorption stattfindet, ohne dass die Verdauungsfunctionen dabei belästigt werden. Das bequemste Verfahren, Kohlensäure in den Magen oder Darmcanal zu bringen, ist die Anwendung der flüssigen Kohlensäure, die in starkwandigen eisernen Flaschen jetzt überall käuflich zu haben ist. Versuche über die Anwendbarkeit der Injectionen von flüssiger Kohlensäure zu therapeutischen Zwecken liegen bereits in genügender Anzahl vor; auch auf Verf.'s Abtheilung sind seinerzeit von *Oliven* Versuche über die Behandlung der Phthise vermittelst solcher Darminjectionen gemacht worden, Versuche, die keinen Zweifel über die Ungefährlichkeit des Verfahrens und über die Möglichkeit, den Darm (vom Rectum aus) oder den Magen (durch eine eingeführte Schlundsonde) schnell in dieser Weise aufzublähen, lassen. Ein Versuch nach dieser Richtung ist also bei Cholera wohl angezeigt, da bei keiner anderen Methode, ohne Inanspruchnahme der resorptiven Thätigkeit, ein Mittel, das die Entwicklung der Mikrobien völlig hindert, in so reichlicher Menge in den Darm oder Magen eingeführt werden kann. Der einzige Umstand, der die Wirksamkeit des Verfahrens zu beeinträchtigen im Stande sein kann, ist der Widerstand, den

die *Bauhin*'sche Klappe und der Pylorus (die beim Gesunden oder an der Leiche ein grosses Hinderniss bieten), dem Eindringen des Gases bis in den Dünndarm entgegenstellen könnte; es ist aber wohl kein Zweifel, dass bei Anwendung von Opium, um den Darm ruhig zu stellen und zu erschlaffen und bei oftmaliger Wiederholung des Verfahrens dieser Widerstand überwunden werden kann, so dass auch der Dünndarm seinen reichlichen Antheil an Kohlensäure enthält.

837. ***Die subcutane Infusion bei der Cholera.*** *Von Dr.* **H. Neumann.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 35.)*

Die Häufung der Brechdurchfälle und das Auftreten der asiatischen Cholera veranlasst Verf., auf die subcutanen Kochsalzinjectionen die Aufmerksamkeit der praktischen Aerzte zu lenken. Schon lange theoretisch empfohlen, von *Cantani* in der italienischen Choleraepidemie des Jahres 1884 mit Erfolg angewendet und seither vielfach, besonders bei Brechdurchfällen der Kinder erprobt, verdient jene Methode in keinem geeigneten Falle versäumt zu werden. Sobald die Haut ihren Turgor einbüsst, ist die subcutane Infusion angezeigt, aber auch noch in einem Zeitpunkt, wo der Puls schon erloschen ist, wirkt sie unter Umständen lebensrettend. Bedingung hierfür ist aber die Einspritzung grosser Flüssigkeitsmengen (bei kleinen Kindern 100—300 Grm., bei Erwachsenen 1000—1500 Grm.). Schon während oder kurz nach der Infusion wird der Puls wieder fühlbar oder, wenn er noch nicht erloschen war, kräftiger; der Gipfel der Wirkung wird aber erst nach einer oder ein paar Stunden erreicht. In den schlimmeren Fällen lässt die Besserung wieder allmälig nach, und hier ist es nothwendig, die Infusion ein zweites Mal, unter Umständen selbst ein drittes und viertes Mal vorzunehmen. Die Infusion ist bald mehr, bald weniger schmerzhaft, doch wird dies bei dem collabirten Zustand der Patienten kaum in Betracht kommen. Um es ausdrücklich zu betonen, so hängt der Erfolg wesentlich davon ab, dass rechtzeitig, reichlich und unter Umständen wiederholt infundirt wird. Auf diese Weise wird es vielfach gelingen, den Kranken über Wasser zu halten, bis sich die acute Erkrankung, welche die Bluteindickung verursacht, erschöpft hat. Die Methodik der subcutanen Wasserinjectionen wird sich nach den äusseren Verhältnissen richten; im Krankenhaus kann man in mehr vollkommener Weise arbeiten als in der Privatpraxis, aber der Endzweck ist hier nicht weniger gut zu erreichen. Die Injectionsflüssigkeit soll physikalische Kochsalzlösung sein (0·6—0·7 Chlornatrium); ihr kann man noch 0·1 Procent Alkali (Natr. carbonic.) zusetzen. Will man mit der Einspritzung eine medicamentöse Einwirkung verbinden, so fügt man auch Alkohol absolut. (1 Procent) bei. *Cantani* nimmt auf 1 Liter Wasser 4·0 Chlornatrium und 3·0 Natr. carbonicum. Die Flüssigkeit soll mindestens körperwarm sein; man wird aber bei subnormaler Körpertemperatur zweckmässig auf circa 42° C. steigen. Als Instrumentarium hat man besondere doppelwandige Irrigatoren mit Schlauch und Troicart oder sehr grosse Spritzen mit Canülen von 200—300 Ccm. Inhalt empfohlen. Die letzteren erscheinen zu wenig handlich und deshalb bei mangelnder Assistenz geradezu gefährlich; wenn man, wie bei Kindern, mit kleineren Spritzen (von 20—30 Procent Inhalt) aus-

kommen kann, so ist allerdings nichts gegen sie einzuwenden. Besondere Irrigatoren hält Verf. für entbehrlich. Für den Krankenhausbetrieb dürfte es am zweckmässigsten sein, in Glaskolben oder grossen Medicinflaschen, welche mit Watte verschlossen sind, die Injectionsflüssigkeit 1—2 Stunden im Dampfkochtopf zu erhitzen und direct, ohne umzugiessen, nach dem Princip des Hebers unter die Haut fliessen zu lassen. Man wird also einen doppelt durchbohrten Gummipfropfen mit einer durch Watte verschlossenen kurzen Glasröhre behufs Luftzufuhr und einer zweiten, bis zu dem Boden reichenden Röhre montiren, welche sich aber in entgegengesetzter Richtung wie die erste Röhre knickt und mit einem Gummischlauch von 1—1·5 M. Länge verbunden wird. Der Pfropfen mit Glasröhren und Gummischlauch wird (in einem mit Watte geschlossenen Gefäss) im Dampf sterilisirt und hierauf auf die Flasche gesetzt. Durch Neigung der Flasche oder mittelst eines Ballongebläses wird das Wasser in den Schlauch getrieben, so dass es nunmehr continuirlich abläuft. Um die Flüssigkeit bei Körpertemperatur zu halten, wird man die Flasche in einen Eimer warmen Wassers stellen und diesen ungefähr einen Meter hoch über dem Kranken aufstellen, beziehungsweise an einem Querbalken oder einer Vorrichtung für permanente Irrigation aufhängen Zur Injection benützt man einen Troicart oder eine Injectionscanüle von 1—1·5 Mm. Lumen, welche man in üblicher Weise desinficirt hat. Viel einfacher muss sich die Sache in der Praxis gestalten. Man lässt in einem sauberen Kochgefäss (am besten vielleicht in einem Theekessel) eine abgemessene Menge Wasser 10—15 Minuten sieden und schüttet gegen Ende dieser Zeit die entsprechende Menge Kochsalz hinzu, die man entweder in abgetheilten Dosen bei sich führt oder aus der Wirthschaft theelöffelweise entnimmt (1 gehäufter Theelöffel auf 1 Liter Wasser). Man stellt das Kochgefäss mit der entsprechend abgekühlten Flüssigkeit auf ein Spind oder eine Leiter und lässt die Flüssigkeit mittelst eines desinficirten Schlauchheberirrigators (wie er in der Geburtshilfe oder bei der *Weber*'schen Nasendouche gebräuchlich ist) ausfliessen. Bei nicht zu enger Canüle lassen sich auf diese Weise ohne weitere Assistenz schnell grosse Flüssigkeitsmengen unter die Haut bringen. Die Injection macht man am besten in der Weichengegend, indem man das Ende der Canüle nach der Mittellinie des Körpers wendet; die Canüle soll parallel der Hautoberfläche liegen, jedenfalls aber lieber nach der Haut zu als nach innen abweichen. Man schiebt die Canüle während des Einfliessens langsam vor, um die Flüssigkeit in grösserer Ausdehnung zu verbreiten und das Ausfliessen aus der Injectionsstelle zu vermeiden. Die allmälig entstehende Beule knetet man ziemlich kräftig mit den Fingern der einen Hand, während man mit der anderen die Canüle fixirt. Grössere Flüssigkeitsmengen vertheilt man am besten auf zwei verschiedene Körperstellen. Den Einstich schliesst man sofort mit Heftpflaster. Sollte sich bei dem abgekürzten Verfahren in der Praxis selbst gelegentlich ein Abscess nachträglich bilden, so wird dies gegenüber der momentan lebensrettenden Wirkung nicht in Betracht kommen.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

838. ***Ueber die chirurgische Behandlung der Cholelithiasis.*** *Von Dr.* ***Kr. Poulsen,*** *Kopenhagen. (Nordiskt med. Arkiv. 1892. 16.)*

Dass Gallensteine kein sehr häufiges Leiden sind, ergibt sich aus der Statistik des Kopenhagener Communalhospitals, in welchem von 1870—1890 nur 111 Fälle von Cholelithiasis (davon 30 bei Männern, 81 bei Frauen) diagnosticirt wurden. Ein grosser Theil von Gallensteinen ruft übrigens bei Lebzeiten keine Krankheitserscheinungen hervor. In dem angegebenen Zeitraume fand im Communalhospitale die Section von 9172 Personen über 15 Jahren (5448 Männer, 3724 Weiber) statt, wobei sich Gallensteine bei 347 oder 3·78 Procent (127 Männer = 2·34 Procent, 220 Frauen = 5·9 Procent) fanden. Nach den klinischen Journalen hätten davon 315 (= 91 Procent) niemals Beschwerden von ihren Gallensteinen gehabt. Dabei handelte es sich in mehreren Fällen um Steine von der Grösse einer Walnuss, um Hydrops der Gallenblase, in einer kleinen Zahl von Fällen selbst um ein Empyem. Am häufigsten fand man Gallensteine bei chronischen Zehrkrankheiten (Phthisis, Krebs). Von den 32 Kranken, bei denen die Gallensteine Symptome bei Lebzeiten hervorgerufen hatten, waren 10 an anderen Krankheiten zu Grunde gegangen, doch hatte bei einzelnen die Cholelithiasis durch Ruptur der Blase und Peritonitis oder durch Bildung circumscripter Abscesse entschieden Antheil an dem tödtlichen Ausgange. In 13 Fällen waren die Gallensteine entschieden Todesursache; 11mal war die Diagnose auf Cholelithiasis, 1mal auf Leberkrebs, 1mal auf Perityphlitis gestellt. Operative Behandlung von Gallensteinen hat *Iversen* auf der 5. Abtheilung des Communalhospitales in 11 Fällen gemacht, wobei als Indication das wiederholte Auftreten von Gallensteincolikanfällen, die zu desparatem Zustande der Patienten führten, gegolten hat. *Iversen* bevorzugt die Cholecystotomie in zwei Zeiten (an Stelle der Cholecystectomie), weil sie wieder grosse Gefahren bietet und namentlich die Oeffnung pericystischer Abscesse, die nicht immer sich durch Adhäsionen ankündigen, vermeiden lässt. In vier Fällen von Cholecystotomie war der Verlauf günstig, in einem fünften erfolgte der Tod nach einem Monate in Folge von längst bestehender Tuberculose. Man muss gewiss die operative Behandlung der Gallensteine sehr einschränken, da diese meist nach und nach entfernt werden; doch gibt es bestimmt auch Fälle, wo sich Entzündungen und Abscesse bilden, die mitunter sich einen Weg in die Peritonealhöhle bahnen und Ursache zum Tode werden. In einem tödtlich verlaufenen Falle von Choledochostomie war kurz vorher Baumöl in grossen Mengen genommen; die Concremente in der Gallenblase waren aussen breiig, im Innern festere Kerne einschliessend. Ob die Massen jedoch erweichte Gallensteine waren oder aus verseiftem Fette bestanden, ist leider nicht ermittelt.

Husemann.

839. ***Ueber die vaginale Enucleation der Uterusmyome.*** *Von Prof.* ***Chrobak,*** *Wien. (Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 43.)*

Auf Grund einer sehr eingehend verarbeiteten Statistik von 43 Fällen vaginaler Enucleation präcisirt Verf. den Standpunkt,

den er heute dieser Frage gegenüber einnimmt, folgendermassen: 1. Die vaginale Myomenucleation ist stets nur auf eine gewisse Reihe von Fällen zu beschränken; mit dieser Beschränkung aber ist sie weitaus weniger gefährlich als jede andere Myomoperation. 2. Dieselbe eignet sich vorzüglich als Frühoperation bei cervicalen, submucösen und auch interstitiellen Myomen bei beweglichem und leicht herabziehbarem Uterus. 3. Demgemäss ist die diagnostische Dilatation des Uterus in ausgedehntem Masse vorzunehmen. 4. Multiplicität, subseröser Sitz der Myome, ebenso die Erkrankungen der Adnexe sind als Gegenanzeigen zu betrachten. 5. Ein langes enges Collum gibt an sich ebensowenig wie die Grösse des Tumors eine Gegenanzeige; es handelt sich um die Erweiterungsfähigkeit und immer um relative Verhältnisse. 6. Die intrauterine Verkleinerung, respective Zerstücklung des Tumors ist in weitester Ausdehnung vorzunehmen. 7. Trotzdem werden übermässig grosse, den Nabel erreichende oder überschreitende Myome der Enucleation unverhältnissmässige Schwierigkeiten bereiten. 8. Bei Necrose und Jauchung des Myoms ist gerade die vaginale Enucleation hauptsächlich indicirt, insolange der Process auf den Uterus allein beschränkt ist. *v. Buschman.*

840. ***Ueber Pachymeningitis tuberculosa circumscripta.*** *Von Prof.* **Carl Gussenbauer.** *(Prag. med. Wochenschr. 1892. 9. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 59.)*

Tuberculöse Entzündungen der harten Hirnhaut im Gefolge von tuberculöser Entzündung der Schädelknochen sind eine häufige Erscheinung; sehr viel seltener ist aber die primäre Pachymeningitis, welche entsteht, ohne dass die benachbarten Knochen erkrankt waren. Der erste solche Fall, den Verf. beobachtet hat, ist folgender: „Einem 21jährigen Schlosser, der seinen Vater an Tuberculose verloren hatte, fiel bei seiner Arbeit ein schwerer vierkantiger Holzblock gegen seine linke Kopfseite. Trotz des heftigen Schlages verlor Patient sein Bewusstsein nicht, er hatte keine Wunde davongetragen und konnte seiner Beschäftigung nachgehen. Vier Wochen später bekam er jedoch heftige, zuckende Schmerzen im Kopfe und es stellten sich im weiteren Verlaufe Fieberanfälle und Schüttelfröste ein; es trat Doppelsehen auf nebst Schmerzen im Nacken und Schlaflosigkeit. 7—8 Wochen nach dem Trauma bildete sich an der getroffenen Stelle eine weiche Anschwellung, die die Grösse eines Hühnereies erreichte und pulsirte. Mit der Ausbildung der Geschwulst waren alle Schmerzen, sowie das Doppelsehen verschwunden. Aus der von einem Arzte incidirten Geschwulst entleerte sich Eiter mit necrotischen Gewebsfetzen; doch bestand das pulsirende Klopfen fort, die Eiterung nahm ab, ohne jedoch ganz zu verschwinden; die Fieberanfälle zeigten sich gar nicht wieder; Knochensplitter waren nie aus der Wunde abgegangen. Bei der Aufnahme in die Klinik bestand inmitten einer auf dem linken Seitenwandbein gelegenen Narbe eine hanfkorngrosse Fistel, aus welcher sich dünner Eiter in geringer Menge entleerte; in der Umgebung der Fistel sah man deutliche Pulsationen. Es bestand eine Knochenlücke, durch welche hindurch man Hirnpulsation fühlen konnte. Nach Verf.'s Ansicht ist die Erkrankung folgendermassen entstanden: In Folge der Erschütterung des Kopfes durch

den Holzklotz, wobei es unzweifelhaft nicht zu einer Fractur oder Fissur gekommen war, entwickelte sich nach und nach eine Pachymeningitis, welche allmälig zur Perforation des Knochens führte und schliesslich nach vier Monaten zur Eröffnung eines epicraniellen Abscesses Veranlassung gab. Nachdem der Kranke zwei Wochen lang mit Injection von Jodoformglycerin in die Abscesshöhle ohne Erfolg behandelt worden war, wurde zur Operation geschritten. Nach Abhebung des Pericraniums in der Ausdehnung der Operationswunde bemerkte man, dass sowohl das Pericranium wie der Knochen normal aussahen; aus der Schädellücke ragte eine weiche Granulationsmasse hervor, welche deutlich Hirnpulsation zeigte. Der Rand des Knochens war ganz scharf, der letztere war bis auf Kartenblattstärke verdünnt und bestand nur aus der Lamina externa. Verf. vergrösserte nun die Knochenlücke mit Hilfe der Knochenzange so weit, bis er wieder auf normale Diploe und Lamina interna stiess, wobei die Lücke schliesslich $9^1/_2$ Cm. lang und 7 Cm. breit wurde. Jetzt sah man auf der Dura mater in fast kreisrunder Abgrenzung einen Fungus aufsitzen, welcher vermittelst des scharfen Löffels von der Dura abgehoben und entfernt wurde. Die Wunde wurde mit Sublimatlösung desinficirt, mit Jodoform eingestäubt und bis auf eine kleine Lücke vernäht, aus welcher ein Jodoformgazestreifen geleitet wurde, dessen anderes Ende wegen Blutung aus der Diploe gegen diese gepresst worden war. Nach dem Augenschein bei der Operation war es nun sicher, dass es sich um einen tuberculösen Fungus der Dura mater handelte, welcher, die bedeckenden Schädelknochen usurirend, schliesslich zum Durchbruch durch den Knochen und zur Eiterung geführt hatte. Die Diagnose der tuberculösen Beschaffenheit des Fungus wurde durch die mikroskopische Untersuchung seitens des Prof. *Chiari* bestätigt. Der weitere Verlauf war fieberfrei. 14 Tage nach der Operation wurde der Verband erneuert, wobei der Jodoformgazestreifen und die Nähte entfernt wurden. Die Wunde war fast geheilt und schloss sich unter Behandlung mit Argent. nitr.-Salbe bald. Zum Schutze des Knochendefectes wurde eine Pelotte aus Hartgummi hergestellt, da Verf. wegen der Möglichkeit eines Recidivs der Tuberculose auf eine osteoplastische Operation vorläufig verzichtete.

841. ***Ueber eine einfache Methode, Knochenwunden mit Periostdefecten in kurzer Zeit zu heilen.*** *Von Dr.* ***Emil Senger****, Crefeld. (Centralbl. f. Chir. 1892. 32.)*

Auf dem Chirurgen-Congresse im Jahre 1891 empfahl Verf. eine Methode zur schnelleren Heilung grösserer Knochenwunden des Schädels, welchen das Periost fehlt, und welche bekanntlich, falls keine Prima int. eintritt, lange Zeit zur Heilung brauchen. Die Methode des Verf. fand damals eine unliebsame Kritik und Ablehnung. Sowohl auf Grund von zwei neuen Fällen, welche Verf. nach derselben schnell geheilt hat, vor Allem aber, weil auf dem diesjährigen Chirurgen-Congresse Prof. *Braun* (Königsberg) dem Verf. die Mittheilung machte, dass er gleichfalls die Methode angewandt und sich von der Brauchbarkeit derselben überzeugt hätte, empfiehlt Letzterer seine Methode neuerdings. „Insbesondere wurde bestätigt, was vordem angezweifelt wurde, dass in 5 bis

6 Tagen auf der Knochenfläche Granulationen vorhanden waren und die weitere Heilung bald nachfolgte. Diese besteht kurz in Folgendem. Nachdem durch mehrere Tage die Wunde aseptisch behandelt ist, etwa durch feuchte Sublimat- oder Carbolverbände, wird mit einem feinen Meissel die Tab. ext. oder ein Theil derselben abgemeisselt zu dem Zwecke, dass die trockene Schädeloberfläche von Blut aus den freigelegten Gefässen bespült wird. Darauf erfolgt wieder ein feuchter Verband. Schon nach 2 bis 3 Tagen sieht man, wie allmälig die Granulationspfröpfe hervorschiessen, und nach wenigen Tagen ist die ganze Fläche mit einer zusammenhängenden Granulationsschicht überzogen. Der einzige Einwand, welcher der Methode gemacht werden kann, dass man nämlich nicht auf eiternden Knochenwunden operiren dürfe, ist theoretisch berechtigt, praktisch aber nicht von Belang. Natürlich wird man nicht bei phlegmonösen und progredienten Processen des Schädels zum Meissel greifen, sondern eine solche Wunde durch die übliche antiseptische und chirurgische Behandlung zu einer reineren machen und ihr jeden phlegmonösen Charakter nehmen. Aber auch dann eitert eine Knochenwunde, wie dies ja bekannt ist, so lange, bis Granulationen aufgewachsen sind, d. h. der Knochen von innen nach aussen durch dieselben perforirt worden, oder bis die ganze Tabula externa in einem bestimmten Umfange abgestossen ist. Dieses abzustossende Stück ist für die Wunde gleichsam ein Fremdkörper, der erst eliminirt werden muss, damit Heilung eintreten könne. Es wird also durch die obige Methode nur der Weg der Natur nachgeahmt, nur auf eine für den Knochen zartere Weise. *O. R.*

842. ***Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers.*** *Von Prof.* ***J. Veit.*** *(Der ärztl. Prakt. 1892.)*

Häufige intrauterine Untersuchung begünstigt bekanntlich eine Infection, weshalb zur Vermeidung diese erstere möglichst eingeschränkt werden sollte. Die innere Untersuchung wäre demnach in der Eröffnungsperiode nur bei Vorhandensein bestimmter Indicationen vorzunehmen. Als solche sind zu betrachten: 1. Allgemeine Störungen des Befindens, dahin gehören Eclampsie, Nephritis, Fieber, schlechtes Allgemeinbefinden, schlechte Beschaffenheit des Pulses. 2. Oertliche Störungen, wie Blutabgang aus den Genitalien, abnorm gesteigerte Schmerzhaftigkeit der Wehen, abnorm lange Dauer der Eröffnungsperiode. 3. Abweichungen vom normalen Befunde bei der äusseren Untersuchung, und zwar Stand des Kopfes über dem Becken bei Primiparis oder nach dem Wasserabgange bei Pluriparen, ferner abnorme Dehnung des unteren Uterinsegmentes oder vollendete Ruptur, weiters verlangsamte Frequenz der kindlichen Herztöne, endlich fehlerhafte Lage oder Haltung der Frucht. Geht das Fruchtwasser frühzeitig ab, wird aber der Kopf durch die äussere Palpation als im Becken stehend erkannt, so fordert dies blos zum sorgfältigen Auscultiren, nicht aber zur inneren Untersuchung auf. Ebenso sollte die äussere Untersuchung genügen, wenn sehr schmerzhafte Wehen bei sonst normalem Verhalten vorkommen. Auch in der Austreibungsperiode ist eine innere Untersuchung nur in seltenen Fällen indicirt. Hier wären folgende Indicationen aufzustellen: 1. Allgemeine Störungen, wie Fieber,

schlechte Beschaffenheit des Pulses, abnorme Aufgeregtheit, Eclampsie und Nephritis. 2. Oertliche Störungen, verspäteter Blasensprung, Blutabgang nach aussen, mangelhafte Wehenthätigkeit verschiedener Art, mangelnder Fortschritt in der Geburt. 3. Befund in der äusseren Untersuchung, als abnorme Lage oder Haltung des Kindes, abnorme Ausdehnung des unteren Uterinsegmentes oder vollendete Uterusruptur, Verlangsamung der kindlichen Herztöne, Stellung des Kopfes über dem Becken. Noch viel seltener ist die innere Untersuchung in der Nachgeburtsperiode nothwendig. Die einzige Indication wäre hier starke Blutung.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

843. ***Die Neurosen und Reflexneurosen des Nasenrachenraumes.*** *Von **Egmond Baumgarten**, Budapest. (Samml. klin. Vortr. Nr. 44.)*

Die Erkrankungen, welche hier in Betracht kommen, sind fast ausschliesslich Erkrankungen des Rachendaches, und in erster Linie die Hypertrophie der Rachentonsille, von welcher Verf. zwei Formen unterscheidet, und zwar die lymphatische Hypertrophie, auch adenoide Vegetation genannt, und die gewöhnliche Hypertrophie. Den ungemein mannigfaltigen und häufigen eigentlichen Neurosen des Nasenrachenraumes stehen die Reflexneurosen desselben gegenüber. Diese hat Verf. beobachtet im Ohr, in der Nase, in den Augen — Strabismus, Blinzeln —, im Rachen — Parese des Gaumensegels, Stottern, Pharyngospasmus, Rachenhusten —, im Kehlkopf — Laryngospasmus, Neuralgie des Larynx —, in der Brust und den Brustorganen — Intercostalneuralgie, Alpdrücken, Asthma nervosum, Herzklopfen, Oesophagospasmus —, in dem Bauch und den Bauchorganen — Erbrechen, Schluchzen, Enuresis —, im Gehirn und dessen Häuten — Hyperämie, Anämie, Neuralgien, Aprosexie. — Zum Schlusse dieser ausschliesslich auf eigener Erfahrung und Beobachtung aufgebauten Arbeit warnt Verf. vor all zu grossem Optimismus in der Prognose dieser Leiden und betont, dass nebst der Localtherapie meist auch eine allgemeine Behandlung angezeigt ist, wenn man mehr als vorübergehende Erfolge haben will.

v. Buschman.

844. ***Noma bei einem Erwachsenen.*** *Von **O. Ziegler.** Casuistische Mittheilung aus der Münchener chirurgischen Klinik. (München. med. Wochenschr. 1892. 7. — Centralbl. f. Chir. 1892. 33.)*

Noma tritt selten bei Erwachsenen auf, auch dann meist nur im Anschluss an acute Infectionskrankheiten oder an eine bestehende Stomatitis ulcerosa. Letztere Affection war auch in dem vom Verf. mitgetheilten Falle von Noma bei einem 28jährigen, mittelkräftigen Manne vorausgegangen, als sich plötzlich ohne besondere Veranlassung Schmerzen am linken Oberkiefer, eine sich rasch vergrössernde, rothlaufähnliche Schwellung der linken Wange, Gangrän derselben bis in die linke Hälfte der Oberlippe und auf den linken Nasenflügel einstellten, und die umgebende entzündliche, brettharte Infiltration sich bis an das Ohr und den Unterkieferrand

ausdehnte. Die ganze brandige Masse liess sich leicht abheben, und nun lag die ganze Mundhöhle offen da; sämmtliche Zähne des linken Unterkiefers fehlten, der Alveolarfortsatz desselben war brandig, die Schleimhaut über diesen hinaus necrotisch, am harten Gaumen führte eine Oeffnung in die Highmorshöhle etc. Unter antiseptischen Ausspülungen begrenzte sich der Process rasch, das Fieber war sehr gering; bis 38·2. Zweimal traten noch Recidive ein; dem letzten, das zu Gangrän fast der ganzen Gesichtshälfte führte, erlag der Kranke. Bei der Section fanden sich Jauchungen im Schädelraume, in der linken vorderen Stirngrube und im Stirnlappen des Gehirns, das Ganglion Gasseri in einen jauchigen Pfropf verwandelt, der linke N. opticus breiig erweicht, der Knochen des Oberkiefers total zerstört, die angrenzenden Knochen gleichfalls in Mitleidenschaft gezogen, ferner eine hämorrhagische Nephritis.

845. ***Zur Aetiologie der Rhinitis pseudomembranacea.*** *Von Dr.* ***Carl Stamm.*** *Aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhause. (Arch. f. Kinderhk. Bd. XIV. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 66.)*

Bisher wurde als Rhinitis pseudomembranacea oder Croup der Nasenschleimhaut wiederholt eine Krankheit beschrieben, welche charakteristisch ist durch das Auftreten fibrinöser Häute in den Nasenhöhlen bei dem Bilde des gewöhnlichen Schnupfens. Sie wurde als ein unschuldiges Leiden hingestellt im Gegensatz zur Rhinitis diphtherica, die meist in Verbindung mit Diphtherie des Pharynx auftritt, oft auch ohne jede Betheiligung des Rachens sich zeigt. Die bisweilen nachfolgenden Lähmungserscheinungen beweisen dann die Natur der Krankheit. Als diagnostisches Kriterium zwischen dieser echten Nasendiphtherie und jener fibrinösen Entzündung wurde bisher immer hervorgehoben das geringe Fieber, welches die letztere Affection begleitet, das relative Wohlbefinden des Kranken, das Fehlen der Drüsenanschwellung, die leichte und blutlose Abziehbarkeit der Membranen, das Beschränktbleiben des Processes auf die Nase und die völlige Heilung desselben. Verf. hat nun in den Fällen, in denen sich das Krankheitsbild bot, die Membranen einer eingehenden bacteriologischen Untersuchung unterzogen und gefunden, dass in den Membranen der *Löffler*'sche Diphtheriebacillus hauste. Somit unterliegt es keinem Zweifel, dass er der Erzeuger des bisher als Rhinitis pseudomembranacea oder fibrinosa geschilderten Krankheitsbildes ist, und dass es fortan nicht mehr statthaft ist, die Rhinitis fibrinosa, vielleicht mit Ausnahme der Formen, die nach Aetzungen und Cauterisationen sich zeigen, in Gegensatz zu bringen zu der Nasendiphtherie, die vom Verf. angeführten Befunde fordern vielmehr auf, vom histologischen Gesichtspunkte aus beide Krankheitsformen zu vereinigen, sie aber bezüglich ihres Verlaufes zu sondern in eine acute und eine chronische Art der Nasendiphtherie.

846. ***Ueber Sterilisirung von Atropin-, Eserin- und Cocainlösungen nebst Beschreibung eines neuen Tropfglases.*** *Von Dr.* ***E. Stroschein.*** *(Arch. f. Ophthalm. Bd. XXXVIII. Abth. 2. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 63.)*

Es ist nachgewiesen, dass alle Lösungen der in der Augenheilkunde gebräuchlichen Alkaloide entweder gleich nach dem Be-

zuge aus der Apotheke, sicher aber stets nach mehrtägigem Gebrauche eine grosse Anzahl von Mikroorganismen enthalten. Sind diese auch in frischen Lösungen meist nur Schimmelpilze nicht pathogener Art, so liegen doch die Verhältnisse anders bei Lösungen, die schon einige Zeit im Gebrauch waren. Wenn man nämlich bei dem Einträufeln die Berührung der Cilien oder der Schleimhaut mit dem Tropfglase nicht vermeidet, so erfolgt gewöhnlich durch Vermittlung des letzteren eine Infection der Augentropfen. Die Sterilisirung der Alkaloidlösungen kann iu zweifacher Weise erfolgen, entweder durch Zusatz von Sublimat (1 : 5000) oder durch Hitze. Gegen die erste Methode spricht, dass die Sterilisirung keine momentane ist, sondern erst nach einiger Zeit eintritt, die zweite Methode ist — wie sie bisher üblich war — zu umständlich, denn sie verlangt, dass man das Fläschchen mit den Tropfen auf etwa eine halbe Stunde in den Dampfkochtopf bringt, oder dass man die Tropfen im Reagensglase kocht und das Tropffläschchen und die Pipette für sich sterilisirt. Um die Zeitdauer der Sterilisirung von Gefäss, Inhalt und Pipette auf ein Minimum einzuschränken und möglichst einfach zu gestalten, hat Verf. ein neues Tropffläschchen construirt, das aus dünnem, gleichmässig stark geblasenem Glase von der Form eines kleinen Stehkolbens besteht, und dessen Pipette so geformt ist, dass sie nach Entfernung des Kautschukhütchens auch umgekehrt, also mit der Spitze nach oben, in den Hals des Fläschchens hineingesteckt werden kann; bei dieser umgekehrten Stellung ragt aber das nach unten gekehrte (sonst obere) Ende der Pipette nicht in die in der Flasche befindliche Lösung hinein. Zum Zwecke der Sterilisation wird nun die Pipette in diese umgekehrte Stellung gebracht und die Lösung in der Flasche über einer Spiritus- oder Gasflamme 3—4 Minuten lang mässig gekocht; die sich entwickelnden Dämpfe durchstreichen dann die Pipette in ihrer ganzen Länge und dringen auch zwischen diese und den Hals des Fläschchens, da die Pipette für ihre umgekehrte Stellung nicht genau in den Flaschenhals eingeschliffen ist. Hat das Kochen aufgehört, so wartet man etwa 20 Secunden und dreht dann die Pipette um. Das Kautschukhütchen zu sterilisiren hält Verf. für unnöthig, da es mit der Flüssigkeit im Fläschchen nie in Berührung kommen könne. Wie lange bei Benützung der Tropfen die Sterilität anhält, hängt sehr von der Art ab, wie man die Tropfen verabreicht, namentlich ob man Cilien oder Schleimhaut mit der Spitze der Pincette berührt oder nicht. Für den Gebrauch in der Sprechstunde empfiehlt Verf. eine Wiederholung der Sterilisation von je 48 Stunden.

847. ***Gähnen als therapeutisches Hilfsmittel.*** *Von Dr.* ***Naegeli.*** *(Semaine méd. 1892. 32. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 7.)*

Bei acutem Rachencatarrh und Catarrh der Tuben lässt Verf. seine Pat. öfter täglich eine Serie Gähnbewegungen ausführen, welche durch Contraction der Muskeln des Larynx, der Gaumenbögen und der Tuben eine Art Massage bewirken; das Gähnen ist leicht durch Autosuggestion, Suggestion oder Nachahmung hervorzurufen. Durch diese Art Massage wurden auch die Secrete herausbefördert, durch Contraction des knorpeligen Theiles der Tuba werden die Pfröpfe besser als durch die Sonde

und das *Politzer*'sche Verfahren herausgestossen; die Behandlung ist immer erfolgreich und schadet nicht so viel als die Nasensonden.

848. ***Studien über die Aetiologie des Spasmus glottidis bei Kindern.*** *Von* **Storm Bull**, *Christiania. (Norsk. Magaz. 1892, Nr. 7, pag. 663.)*

Die grosse Bedeutung, welche die Rhachitis als Ursache des Stimmritzenkrampfes im kindlichen Lebensalter besitzt, ergibt sich auch aus dem Materiale der Poliklinik von Christiania. Vom März 1879 bis zum März 1892 kamen 100 Fälle von unzweifelhaftem Spasmus glottidis vor, der in 10 Fällen mit Convulsionen theils abwechselte, theils sich damit combinirte und ausnahmsweise mit einem eclamptischen Anfall sich einleitete, um dann in der Folge ohne Complication zu verlaufen. Von den 100 erkrankten Kindern waren 94 mit Bestimmtheit, 3 mit Wahrscheinlichkeit rhachitisch, bei 3 konnte Knochenrhachitis nicht nachgewiesen werden. Es ist indess recht wohl möglich, dass in den letzterwähnten Fällen der Stimmritzenkrampf das erste Symptom war, wie dies, entsprechend älteren Beobachtungen von *Tedeschi* und *Kyll*, Verf. in einem Falle mit Sicherheit constatirt hat. Auch das Prädilectionsalter für Spasmus glottidis und Rhachitis ist dasselbe; von beiden Affectionen gehören annähernd 60% dem zweiten und dritten Lebenssemester an. Im ersten Lebenshalbjahre ist Spasmus glottidis häufiger als Knochenrhachitis (22 gegen 15%), was sich leicht daraus erklärt, dass in den ersten Lebensmonaten eine weit grössere Disposition zu Reflexkrämpfen existirt. Als Gelegenheitsursache können alle centralen und peripheren Reize sich geltend machen. Die von *West* und verschiedenen Engländern betonte Bedeutung der Dentition muss als sehr überschätzt angesehen werden, wenn man bedenkt, dass bei der Mehrzahl der Kinder, die im zweiten Lebenshalbjahre Glottiskrampf bekommen, keine Zeichen des beginnenden Zahndurchbruches existiren. Sehr häufig tritt dagegen der Krampf unmittelbar nach acuten Durchfällen auf oder wird nach solchen verstärkt. Am häufigsten handelt es sich jedoch um Reflexe vom Kehlkopfe selbst und von dessen nächster Umgebung und besonders häufig geben Husten, Schreien und Schlucken die erste Veranlassung. In den 100 Fällen von Christiania waren 59 mit Bronchialcatarrh complicirt, bei 20 wurde Schreien als Ursache angegeben, 7mal trat der Krampf beim Saugen ein. Der Glottiskrampf bildet in Fällen der letzteren Art ein Pendant zu einem analogen, von Prof. *Schönberg* beobachteten Coordinationskrampfe in den Schlundmuskeln, wobei flüssige Kost leicht in die Luftwege geräth und Schlucken fester Bissen unmöglich ist. Der von *Henoch* als sehr wichtig angesehene Einfluss des Temperaturwechsels durch Einathmen kalter Luft, der sich, wenn er wirklich Bedeutung hätte, in der kalten Luft des norwegischen Klimas Geltung verschaffen müsste, konnte von Verf. nur in einem einzigen Falle nachgewiesen werden. Ausgebildete Deformitäten des Thorax fanden sich nur bei 7 Kranken. Der Sectionsbefund gab keine Aufschlüsse über die Aetiologie. *Husemann.*

Dermatologie und Syphilis.

849. ***Osteochondritis syphilitica.*** *Von Prof.* **G. Lewin.** *Vortrag, gehalten in der dermatolog. Vereinigung zu Berlin. 5. Juli 1892. — (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 60.)*

Der Vortragende demonstrirt das Femur eines hereditär syphilitischen Kindes, sowie einen mikroskopischen Schnitt der Epiphysengrenze des Knochens. Das betreffende Kind litt an einem maculösen Syphilid. Vor Allem jedoch waren die pseudoparalytischen Erscheinungen, die Verf. auf eine Perichondritis zurückführt, auffällig. Das Kind liess die Hände im rechten Winkel gegen die Unterarme gebeugt schlaff herabhängen. Diese Stellung schien es nach einigen Tagen vorübergehend aufzugeben; doch kehrte bald der alte Zustand zurück, um bis zum Tode anzudauern. Charakteristisch für die Osteochondritis ist die leichte Löslichkeit der Epiphyse von der Diaphyse. Mikroskopisch zeigt sich eine ganz unregelmässig fortschreitende Verknöcherung an der Epi-Diaphysengrenze. Zuweilen kann man an dieser Stelle gummöse Neubildungen constatiren. Einzelne Autoren haben sogar Eiterungen beobachtet.

850. ***Weitere Mittheilungen über die Verwendbarkeit der Antrophore bei der infectiösen Urethritis.*** *Von Dr.* **H. Lohnstein,** *Berlin. (Allg. med. Central-Ztg. 1892. 29.)*

Verf. hat im Verlaufe der letzten beiden Jahre im Ganzen in 247 Fällen von acuter und chronischer Gonorrhoe, theils in der Poliklinik des Prof. *Zuelzer*, theils in der Privatpraxis die Antrophore angewandt. Was die Einzelheiten der Behandlungsweise anbetrifft, so wird beim acuten Tripper nach gründlicher Ausspülung der Harnröhre täglich je ein Antrophor (2—5 Procent Thallin enthaltend), bei subacuter, respective chronischer Gonorrhoe täglich, respective alle 2—3 Tage Adstringentien, respective Caustica enthaltende Antrophore verschiedener Länge, je nach der Ausdehnung der erkrankten Partie der Harnröhre, eingeführt und hiermit bis zum Verschwinden des Processes fortgefahren. Nach Verf. eignet sich keineswegs jede Urethritis für die Behandlung mit Antrophoren. Es hat sich in dieser Beziehung eine Reihe von Contraindicationen ergeben. Im acuten Stadium des Trippers ist die Anwendung der Antrophore contraindicirt bei stark entzündlicher Schwellung der Schleimhaut, ferner bei profuser Eitersecretion. Was die Wahl des Medicamentes nach abgelaufener Entzündung anlangt, so wurden von Verf. in der Regel in den ersten Tagen der Behandlung 2—3procentige, im weiteren Verlaufe derselben 5procentige Thallinantrophore angewandt. Nach vollständigem Verschwinden des Ausflusses, im Durchschnitt 8—10 Tage nach Beginn der Antrophorbehandlung, geht man dann je nach der Natur der Affection zu Zinksulfat 0·5, Resorcin 5procentigen oder Acid. tannic., Resorcin aa. 5procentigen Antrophoren über. So gelingt es, den acuten Tripper durchschnittlich in etwa 2—3 Wochen zu heilen. Wird trotz aller Vorsichtsmassregeln die Behandlung nach 3 Tagen nicht vertragen, stellt sich ein erhöhter Reizzustand ein, so verlässt man sie am zweckmässigsten ganz. Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der Antrophorbehandlung ist ferner

noch die, dass die Einführung der medicamentösen Bougies durch den Arzt selbst geschieht; namentlich bei Urethritis anterior besteht die Gefahr, dass der Antrophor über den Compressor urethrae fortgeführt werde und dadurch Reizung, respective Infection der gesunden, hinteren Partie veranlasst. Bei subacuter oder chronischer Urethritis anterior ist vor allen Dingen darauf zu achten, ob der Process diffus ist oder ob circumscripte Partien der Harnröhre betroffen sind. In letzterem Falle sind die Antrophore durchaus contraindicirt; hier kann dadurch, dass die Medicamente, welche in der Antrophormasse suspendirt sind, auch gesunde Partien der Schleimhaut treffen, zu Reizungszuständen Veranlassung gegeben werden. Unter solchen Umständen empfiehlt es sich mehr, die erkrankten Stellen entweder durch Höllensteininstillation nach *Guyon* oder durch Betupfen mittelst Wattetampons unter Controle des Endoskops nach *Oberländer* oder endlich durch Einführung ganz kurzer Gelatinestäbchen zu behandeln. In denjenigen Fällen, in welchen es sich um eine grössere Anzahl nahe bei einander gelegener erkrankter Partien handelt, respective dort, wo die Affection mehr einen diffusen Charakter besitzt, verdient jedoch die Anwendung der Antrophore entschieden den Vorzug vor den eben erwähnten Methoden. Contraindicirt ist die Anwendung der Antrophore auch dann, wenn der Process in grösserer Ausdehnung auf das submucöse Gewebe übergegriffen hat, sowie dort, wo bereits feste submucöse Infiltrate nachweisbar sind. Im günstigsten Falle vermögen hier die Antrophore eine vorübergehende Heilung der Oberflächenaffection herbeizuführen, eine Einwirkung auf die Resorption der submucösen oder gar der in das cavernöse Gewebe übergreifenden Infiltrate wurde nie beobachtet; im Gegentheil, die Anwendung der Antrophore hat in einigen dieser Fälle die Ausbreitung der Infiltrate begünstigt und in zwei Fällen sogar zur Entstehung entzündlicher Stricturen geführt. Auch bei denjenigen Erkrankungen der Harnröhre, welche vorwiegend die Pars posterior betreffen, empfiehlt sich die Anwendung der Antrophore besonders dann, wenn oberflächliche Affectionen vorliegen. Dem Verf. haben sich zuweilen die Antrophore in Fällen, in welchen vorher alle anderen therapeutischen Eingriffe gescheitert waren, als erfolgreich erwiesen. Niemals sind sie dagegen zu verwenden, wenn das Parenchym der Prostata oder die Samenausführungsgänge selbst erkrankt sind, oder wenn gleichzeitig neurasthenische Beschwerden bestehen. In der Regel werden diese letzteren durch die Application der Antrophore gesteigert. Hier empfehlen sich daher mildere Methoden, warme medicamentöse Spülungen, Massage der Prostata vom Mastdarm aus, sowie allgemeine Behandlung durch Bäder u. s. w.

851. ***Ueber Schwitzcuren bei Syphilis.*** *Von Dr.* ***Radestock.*** *(Ther. Monatsh. III. 2. — Blätter f. klin. Hydrother. 1892. 6.)*

Die Schwitzcuren sind in den mannigfachsten Modificationen zur Syphilisbehandlung nutzbar gemacht worden. Sie vermögen wohl an sich nicht die Syphilis radical zu heilen, aber sie sind zur Unterstützung specifischer Curen unentbehrlich. Man kann leicht beobachten, dass bei Personen, die in Folge ihres Berufes viel schwitzen, wie z. B. Berufssoldaten, Heizer u. s. w., der Ausbruch der Exantheme ein rascherer und der weitere Verlauf der

Syphilis ein milderer ist, selbst wenn eine zweckmässige specifische Behandlung unterblieb. Vielleicht wirkt die Schweisssecretion ähnlich auf die Ausscheidung des syphilitischen Giftes ein, wie die durch das Fieber bedingte Diaphorese auf den Ablauf acuter Infectionskrankheiten. Verf. lässt zunächst sofort vom Bestehen einer Primärsclerose, welche lediglich local behandelt wird, wöchentlich mehrmals warme Bäder von circa 30° R. und über halbstündige Dauer gebrauchen, bis zum Auftreten des Exanthems. Im Falle einer nun einzuleitenden Schmiercur wird das heisse Bad nur in den Ruhetagen nach den einzelnen Touren verordnet; das nach dem Bade eintretende Schwitzen wird noch durch Darreichung warmen Thees oder durch Anwendung des Schwitzofens auf mehrere Stunden hinaus verlängert. Bei der innerlichen Darreichung des Quecksilbers lässt Verf. in der Regel, besonders aber in ernsteren Erkrankungsfällen, täglich schwitzen. Die Schwitzcur wird auch nach dem scheinbaren Erlöschen der Krankheit wöchentlich je einmal vorgenommen und späterhin mit längeren Pausen eventuell jahrelang fortgesetzt. Selbstverständlich ist bei der immerhin ziemlich angreifenden Cur der allgemeine Körper- und Ernährungszustand sorgfältigst zu berücksichtigen und eine gute Ernährung anzustreben, dann wird das Resultat das denkbar Beste sein.

852. ***Ueber syphilitische Mastdarmerkrankung mit Demonstration eines Präparates von Proctitis ulcerosa syphilitica mit ausgedehnten Geschwürsbildungen im Dünndarm.*** *Von **E. Hahn.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 33.)*

Der von Verf. beschriebene Fall ist dadurch interessant, dass er einen Beitrag zu der Frage von der Aetiologie der sogenannten syphilitischen Mastdarmgeschwüre liefert. Während eine erhebliche Zahl derselben in Gonorrhoe und Ulcus molle ihre Ursache hat, ist der vorliegende Fall nachweislich syphilitischer Natur. Dies ergibt sich nicht nur aus der Coincidenz von periostalen Auflagerungen der Schienbeine und der sich bis in das S romanum erstreckenden Proctitis ulcerosa, sondern auch aus dem Befunde von zahlreichen, durch einen grossen Abschnitt normalen Darmes von diesen getrennten Geschwüren im Ileum. Das beweist die Unmöglichkeit einer localen Infection und das Vorhandensein einer allgemeinen Ursache. Für die Therapie kommen in schwereren Fällen nur die Mastdarmexstirpation und die Colotomie in Frage; wenn die Erkrankung sich sehr weit in den Darm hinauf erstreckt, nur die letztere. Durch die hierdurch bewirkte Abhaltung der Fäces tritt in vielen Fällen Heilung der Mastdarmgeschwüre ein, eventuell kann die Exstirpation des Mastdarmes noch nachträglich gemacht werden. In dem vorliegenden Falle war der Tod nach der Colotomie in Folge von amyloider Degeneration der Nieren erfolgt.

853. ***Ueber die Behandlung von chronischen Fussgeschwüren und Eczemen mit dem Unna'schen Zinkleimverband.*** *Von **L. Heidenhain.** (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 14. — Schmidt's Jahrb. 1892. 8.)*

Verf. berichtete über die günstigen Erfahrungen, welche er mit dem *Unna*'schen Zinkleimverband bei der Behandlung chronischer Fussgeschwüre und Eczeme machte. Nach gründlicher

Reinigung des ganzen Beines mit Seife und Desinfection mit 1 pro Mille Sublimatlösung wird das Bein mit dem erwärmten flüssigen Zinkleim (Zinkoxyd, Gelatine aa. 20, Glycerin und Wasser aa. 80) mittelst Borstenpinsels bestrichen und mit einer gestärkten Gazebinde von den Zehen bis zum Knie eingewickelt; darnach nochmalige Einpinselung mit Zinkleim, neue Bindenlage und so fort bis etwa vier Lagen eingeleimter Gaze vollkommen glatt übereinander liegen. Das Geschwür wird dabei mit ein wenig Jodoform bestreut, später mit rother Präcipitatsalbe oder Dermatol verbunden. Nach $^1/_4$ Stunde darf der Kranke nach Hause gehen. So lange die Secretion stark ist, muss der Verband zweimal wöchentlich gewechselt werden, später seltener. Der Hauptnutzen des Verbandes liegt in der energischen und gleichmässigen Compression, welche er ausübt; ein weiterer Vorzug ist seine Wohlfeilheit, sowie der Umstand, dass er das Umhergehen des Kranken gestattet; er eignet sich in Folge dessen besonders für die Landpraxis.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

854. ***Ueber Diurese und ihre Beeinflussung durch pharmakologische Mittel.*** *Von* **H. Dreser.** *(Arch. f. experim. Path. u. Pharm. 1892, XXIX, 5 u. 6, pag. 303. — Autorreferat in Schmidt's Jahrb. 1892. 8.)*

Verf. zeigt, wie man auf Grund der Theorie der Lösungen, wie sie durch *van t'Hoff* in der modernen physikalischen Chemie ausgebildet worden ist, dazu gelangt, die Arbeitsleistung der Niere zu berechnen, wenn sie ein Secret bereitet, das concentrirter oder verdünnter ist als das Blut. Die Methode, welche dazu dient, den Zustand dieser wässerigen Lösungen („Systeme" nach physikalischer Bezeichnung) zu messen, basirt auf der Bestimmung des Gefrierpunktes. Je mehr Molecüle eine Lösung enthält (je concentrirter ein Harn), um so tiefer der Gefrierpunkt, der nach $^1/_{100}{}^0$ C. angegeben wird. Die Grenzen, zwischen welchen die Gefrierpunkte des Harnes in verschiedenen physiologischen Zuständen schwanken, sind sehr weite; nach reichlicher Aufnahme diuretisch wirkender Getränke war der secernirte Harn viel verdünnter als das Blut und löste Blutkörperchen sofort auf (der Gefrierpunkt des Harnes $= -0{\cdot}16^0$, derjenige des Blutes $= -0{\cdot}56^0$); es kann daher sich nicht um ein einfaches Filtrat aus den Glomerulusstreifen gehandelt haben, denn dann hätte zugleich die excessivste Hämoglobinurie erfolgen müssen, sondern es muss eine Secretion von Wasser oder einer sehr verdünnten Lösung aus dem Blut erfolgt sein. Im entgegengesetzten Falle bei absoluter Wassercarenz bei einer Katze war der Harn ausserordentlich viel concentrirter als das Blut; den gleichen Effect hatten auch profuse Diarrhoen, trotzdem dass das Thier nach Belieben Wasser zu sich nehmen durfte. Die untersuchten Diuretica waren Coffein und Kochsalz. Beide wirkten direct auf den wassersecernirenden Apparat des Glomerulus in der Niere. Beim Coffein sank die Concentration

des secernirten Harnes stets unter diejenige des Blutes, ein Beweis für eine wirkliche Drüsenthätigkeit; bei der Salzdiurese kam dies nur dann vor, wenn das Thier nach Bedarf Wasser trinken konnte.

855. ***Ueber das Pterygium.*** *Von Prof.* **Ernst Fuchs.** *(Arch. f. Ophthalm. Bd. XXXVIII. Abth. 2. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 66.)*

Durch die klinische Beobachtung zahlreicher Fälle und die mikroskopische Untersuchung von neun ganzen Augen (frühere Beobachter verfügten immer nur über einen einzigen Bulbus) hat Verf. festgestellt, dass das Pterygium, jene auch als Flügelfell bezeichnete dreieckige Schleimhautfalte, welche von der Conjunctiva bulbi aus auf die Hornhaut hinüberzieht, aus dem kleinen, meist am inneren, zuweilen auch am äusseren Hornhautrande sitzenden gelben Fleck entsteht, der, bekannt unter dem Namen Pinguecula, wie Verf. ebenfalls nachgewiesen hat, als eine hyaline Degeneration der Bindehaut aufzufassen ist. Der vordere Randsaum des Flügelfelles ist der einzige Theil, welcher fest mit der darunterliegenden Hornhaut verwachsen ist. Seine Abstammung aus der Bindehaut beweist das Pterygium dadurch, dass es mit Bindehautepithel überzogen ist; da, wo es der Hornhaut aufliegt, ist die *Bowman*sche Membran bis auf geringe Reste zu Grunde gegangen. Der Bildung des Flügelfelles geht eine durch die Nachbarschaft der Pinguecula verursachte Erkrankung der Hornhaut voran, die in Auflösung der oberflächlichen Lagen derselben besteht (Histolyse). Durch diese histolytischen Veränderungen der Cornea, so nimmt Verf. an, wird das angrenzende Bindegewebe des Limbus veranlasst, in die erweichten oberflächlichen Hornhautschichten hineinzuwachsen, ein Process, den man als eine subepithelial sich abspielende Vernarbung bezeichnen könnte.

856. ***Ueber die Aufnahme des Eisens in den Organismus des Kindes.*** *Von Prof.* **Bunge.** *Vortrag in der medicinischen Gesellschaft zu Basel. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1892. 16.)*

Die wichtigste Bezugsquelle des Eisens ist für das Kind nach der Geburt jedenfalls die Milch. Nun ergeben aber merkwürdiger Weise die neueren Milchanalysen einen auffallend geringen Eisengehalt, während man a priori das Gegentheil hätte erwarten sollen. Alle anderen Aschenbestandtheile sind in der Milch in dem Verhältnisse vorhanden, wie im Körper selbst, wie sie also der Organismus zu seinem Wachsthume braucht. Dies wird durch Vergleichung des Procentgehaltes der Milchasche und der Säuglingsasche bewiesen. Nur der Eisengehalt der Milchasche macht eine Ausnahme, er beträgt blos ein Sechstel des Eisengehaltes der Säuglingsasche. Dies scheint dem Zweckmässigkeitsgesetze, das wir sonst überall in der Natur treffen, zu widersprechen. Die Lösung des Räthsels beruht in der Erkenntniss, dass das Säugethier bei der Geburt einen grossen Eisengehalt als Vorrath mit auf den Weg erhält, von welchem es lebt. Die Thiere sind bei der Geburt am eisenreichsten; je älter sie werden, umsomehr nimmt der procentische Eisengehalt ab (bei Kaninchen z. B. bis auf ein Sechstel des anfänglichen), um erst mit Aufhören der Lactationsperiode wieder eine Zunahme zu erfahren. Durch die ausschliessliche Milchnahrung werden also die Thiere relativ anämisch. Beim Meerschweinchen dagegen, welches schon vom ersten Tage an

Vegetabilien frisst, tritt eine solche Abnahme des procentualen Eisengehaltes nach der Geburt nicht ein. Dies ist praktisch wichtig. Viele Anämien rühren vielleicht, bei Kindern und Erwachsenen, davon her, dass zu viel Milch getrunken wird. Man sollte deshalb nicht zu viel Milch trinken lassen, oder dafür Sorge tragen, dass die übrige Nahrung umso eisenreicher sei (Eidotter, grüne Pflanzentheile). Bezüglich der Aetiologie der Chlorose spricht Verf. folgende Vermuthung aus. Wir wissen nicht, wie viel Eisen der menschliche Säugling bei der Geburt erhält, jedenfalls viel. Nehmen wir an, sie sei gleich gross wie beim Kaninchen, so beträgt die Menge 6 Dgrm., das ist mehr als ein Drittel der Eisenmenge der Mutter und es ist zweifelhaft, ob die Mutter während der Gravidität so viel Eisen aufnehmen kann; es ist wahrscheinlich, dass der Organismus das Eisen zum voraus aufspeichert. Daraus würde sich das Auftreten der Chlorose nur beim weiblichen Geschlecht und zur Zeit der Pubertät erklären. Die gegenwärtige Generation muss sich opfern für die zukünftige.

857. ***Die Einwirkung der Albuminate auf die Thätigkeit der gesunden und erkrankten Niere der Menschen und Thiere.*** *Von* **J. Prior.** *(Zeitschr. f. klin Med. XVIII. Heft 1 u. 2. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 17.)*

Verf. hat die Wirkung eiweissreicher Kost, namentlich des Hühnereies, in gekochtem und rohem Zustande auf die Eiweissausscheidung durch den Harn und auf die Nierenthätigkeit im Allgemeinen studirt und kommt etwa zu folgenden Schlüssen: 1. Das coagulirte Hühnereiweiss, neben der Nahrung oder ausschliesslich als Nahrung gereicht, führt selbst in maximalen Gaben beim gesunden Menschen nicht zu einer Nierenschädigung und nicht zu Albuminurie; auch beim Nierenkranken ist das coagulirte Eiweiss an und für sich vollkommen ohne schädlichen Einfluss. 2. Rohes flüssiges Hühnereiweiss macht neben anderer Nahrung, Menschen mit gesunder Niere gereicht, keine Albuminurie, dagegen häufig, wenn es in grosser Menge (namentlich nach vorangegangenem Hunger) als einzige Kost gegeben wird. Neben den Versuchen, in denen 10—12 rohe Eier als einzige Kost auf den Tag vertheilt gegeben wurden und in denen mässige vorübergehende Albuminurie auftrat, berichtet Verf. über einen sehr interessanten Fall von einem Knaben, der, nachdem er Morgens nüchtern im Hühnerstall hintereinander 16 Eier ausgetrunken, von schmerzhafter Nephritis befallen wurde. In drei Tagen wurden 14·3, 9·3 und 2·1 Grm. Eiweiss ausgeschieden, es bestand Harndrang, der Harn war trübe, das Sediment bestand aus rothen und weissen Blutkörperchen, Nierenepithelien, Epithelcylindern und vereinzelten hyalinen Cylindern. Freies Hämoglobin fehlte im Harn. Im selben konnte Anfangs wirkliches Hühnereiweiss neben „Harneiweiss“ und Albumosen nachgewiesen werden, die Krankheit verlief unter mehrtägigem Fieber. Auch in den leichten Fällen scheint nicht in's Blut resorbirtes Hühnereiweiss die intact bleibende Niere einfach zu passiren, sondern wirklich die Niere geschädigt zu werden. Bei subcutanen Hühnereiweisseinspritzungen an gesunden Thieren konnte mehrfach festgestellt werden, dass mehr Eiweiss mit dem Harn ausgeschieden wurde, als überhaupt subcutan injicirt war. 3. Weniger regelmässig

und übereinstimmend sind die Resultate und Versuche an Menschen mit den verschiedensten Nierenkrankheiten. Im Allgemeinen war zu constatiren, dass rohes Hühnereiweiss von Nierenkranken schlecht ertragen wurde, wenn es reichlich oder gar ausschliesslich gegeben wurde. Letzteres hat unbedingt auch nach Verf.'s Erfahrungen zu unterbleiben, da es meist verstärkte Eiweissabscheidung und Gesammtschädigung der Nierenfunction, Abnahme der Harnbildung und Steigerung des Blutdruckes durch Wasserretention hervorbrachte. 4. Dagegen vertragen viele Nierenkranke im Gegensatz zu der weitverbreiteten Ansicht, dass man eine möglichst eiweissarme Nahrung geben solle, gekochte eiweissreiche Kost sehr gut, doch hat auch Verf. Fälle gesehen, in denen vermehrte Eiweisszufuhr sehr schlecht vertragen wurde. Er sucht dies so zu erklären: Sind namentlich die Glomeruli erkrankt und dadurch die Ausscheidung von Wasser und Salzen erschwert, die Harnstoffabgabe ziemlich reichlich, so wird eiweissreiche gekochte Kost meist gut vertragen, vermögen noch die gesunden Harncanälchenepithelien den vermehrt gebildeten Harnstoff flott auszuscheiden. In solchen Fällen mit sehr geringer Harnmenge gibt Verf. einer Ernährung mit gekochten weichen Eiern und Fleisch geradezu den Vorzug vor der Milchdiät, die dem Kranken schwer zu bewältigende Wassermengen zuführt. Umgekehrt liegt die Sache, wenn die wohlerhaltenen Glomeruli Salze und Wasser leicht aus dem Blute secerniren, aber die Harnstoffausscheidung gestört ist — diese Fälle eignen sich für die Milchdiät. Immer räth aber Verf. bei der Behandlung dem Patienten nicht so wenig wie möglich Eiweiss zuzuführen, sondern soviel als er vertragen kann, was durch sorgfältige Harnuntersuchungen zu ermitteln ist. In sehr vielen Fällen drohen nur von extremen Eiweissmengen Gefahren, die gelegentliche Ersetzung eines Theiles der Milch durch weiche Eier oder Fleisch wird von vielen Patienten ganz ohne Schaden vertragen und als wohlthätige Abwechslung empfunden. Allerdings hat auch Verf. einen Fall (chronische interstitielle Nephritis) behandelt, in dem in höchst auffallender Weise die bei Milchnahrung ($2^1/_2$ Liter Milch, 200 Grm. Brod = 18·3 Grm. N) bis auf Spuren verschwundene Eiweissausscheidung sofort durch Fleischnahrung (500 Fleisch + 100 Brod = 18·3 Grm. N) hervorgerufen wurde, und zwar in Mengen von $2^1/_2$—$3^1/_2$ Grm. täglich. Solche Fälle sind noch nicht erklärbar. Verf. denkt an die Salze der Fleischnahrung als Ursache dieser Differenz, man könnte auch an die Extractivstoffe denken.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

858. ***Technik der bacteriologischen Untersuchung bei Cholera.*** *Nach* ***O. Riedel.*** *(Der prakt. Arzt. 1892. August.)*

1. Die directe mikroskopische Untersuchung erstreckt sich auf die Darmentleerungen des Cholerakranken, Darminhalt und Darmwandung der Choleraleiche. Von den Dejectionen oder dem Darminhalt wird ein stecknadelkopfgrosses Schleimflöckchen mit einer ausgeglühten Nadel auf ein Deckgläschen gethan und auf

demselben verrieben. Letzteres wird nach dem Trocknen dreimal durch die Flamme gezogen und mit der Farbstofflösung (Fuchsin, Gentianaviolett oder anderen) gefärbt. Je nach dem Stadium der Krankheit und nach der Beschaffenheit der Dejectionen wird man das charakteristische Bild der kommaförmigen Cholerabacillen als Reincultur oder mehr oder weniger mit anderen Arten von Mikroorganismen gemischt, beziehungsweise von diesen in den Hintergrund gedrängt, auffinden. In gleicher Weise wie vom Darminhalt können auch von abgeschabten Epithelmassen der Darmwandung gefärbte Deckglaspräparate angefertigt werden. Ist schon zur Untersuchung der gefärbten Deckglaspräparate ein *Abbe*'scher Beleuchtungsapparat und eine homogene Oelimmersion kaum zu entbehren, so werden diese absolut erforderlich, wenn es sich darum handelt, die Cholerabacillen in Schnitten der Darmwandung nachzuweisen, eine Aufgabe, die vom praktischen Standpunkte aus seltener in Frage kommen dürfte. 2. Das Culturverfahren bezweckt, die in den Dejectionen enthaltenen Cholerakeime zu isoliren, sie zur Vermehrung und in Gestalt der durch letztere entstehenden wohlcharakterisirten Colonien zur Anschauung zu bringen und als Reincultur darzustellen. Ein Theilchen einer Schleimflocke oder, wenn solche nicht vorhanden sind, eine Platindrahtöse der zu untersuchenden Dejectionen wird in ein Röhrchen verflüssigter Nährgelatine gethan und in dieser durch wiederholtes Neigen des Glases gleichmässig vertheilt. Von dieser inficirten Nährflüssigkeit werden mit der Platindrahtöse einige Tröpfchen in ein zweites Gläschen verflüssigter Gelatine gebracht, von welcher aus durch Ueberführung einer etwas grösseren Zahl von Oesen (3—6) in ein drittes Gläschen eine weitere Verdünnung hergestellt wird. Die Nährflüssigkeit wird dann aus den Röhrchen auf sterilisirte, abgekühlte Glasplatten gegossen, auf denen sie als „Gelatineplatte" erstarrt. Diese Plattenculturen, bei circa 20° C. aufbewahrt, zeigen nach 1—2 Tagen die aus den eventuell vorhandenen Cholerakeimen entwickelten charakteristischen Colonien. Von letzteren sind gefärbte Deckglaspräparate, Culturen im hängenden Tropfen im hohlgeschliffenen Objectträger, Stichculturen im Reagensgläschen mit erstarrter Nährgelatine, sowie Kartoffelculturen anzulegen, um nach jeder Richtung hin die Identität der Cholerabacillen darzuthun. Dies Gelatineplattenculturverfahren mit der nachfolgenden weiteren Prüfung und Verarbeitung der Colonien, die mit der Herstellung der aufzubewahrenden, später jederzeit controlirbaren Reincultur endet, ist die eigentliche classische Methode, die Cholerabacillen mit Sicherheit nachzuweisen, zu isoliren und zu identificiren. Neben dieser Methode, oder falls dieselbe aus äusseren Gründen undurchführbar ist, können aushilfsweise folgende Verfahren Verwendung finden, welche den Nachweis der Cholerabacillen durch ihre Vermehrung erleichtern oder ermöglichen sollen, welche jedoch der Concurrenz der daneben vorhandenen anderen Mikroorganismen auf Sicherheit keinen Anspruch besitzen und nicht zur Gewinnung einer Reincultur führen. Die Cultur im hohlgeschliffenen Objectträger wird ausgeführt, indem ein am Deckgläschen haftender Tropfen steriler Bouillon mit einem winzigen Theilchen einer Schleimflocke inficirt, mit Vaseline über die Höh-

lung eines hohlgeschliffenen Objectträgers luftdicht fixirt und bei Brutschranktemperatur, jedenfalls aber bei einer Temperatur über 17° C., aufbewahrt wird. Nach 24 Stunden kann eine schon mit blossem Auge an der entstandenen Trübung des Tropfens wahrnehmbare üppige Vermehrung der vorhandenen Cholerakeime Platz gegriffen haben, deren charakteristische Gestalt bei der mikroskopischen Betrachtung besonders am Rande des Tropfens, woselbst sie sich ihrem Sauerstoffbedürfniss entsprechend dicht angesammelt haben, wahrnehmbar wird. Der Nachweis der in den Dejectionen vorhandenen, wenig zahlreichen Cholerabacillen kann manchmal durch die Vermehrung derselben erleichtert werden, wenn man die suspecte Materie auf Wäsche oder feuchter Erde 24—36 Stunden lang bei Blutwärme zwischen zwei Tellern oder unter einer Glasglocke aufbewahrt *(Koch)*. Eine solche Vermehrung kann auch erzielt werden, wenn man möglichst frische Stücke aus den oberen Dünndarmpartien von Hammel, Kalb oder Meerschweinchen, der Länge nach aufgeschnitten, mit sterilem Wasser gründlich abwäscht, die Innenfläche mittelst der Platinnadel mit der verdächtigen Masse impft und das Präparat in feuchter Kammer bei erhöhter Temperatur aufbewahrt. Es kann dann in 48 Stunden das ganze Epithel in einen fast nur aus Cholerabacillen bestehenden Brei verwandelt sein. Die erbrochenen Massen, in denen ja auch das Vorkommen der Cholerabacillen kein regelmässiges ist, sind, falls sie sauer reagiren, zu derartigen Culturversuchen nicht geeignet, andererseits lässt manchmal ihre alkalische Reaction gerade in den Fällen, wo sie Cholerabacillen enthalten, erkennen, dass es sich um Darminhalt handelt. Nach *Buchner's* Erfahrung eignet sich zum Nachweis und zur Züchtung der Cholerabacillen gerade in solchen Fällen, wo sie nur spärlich inmitten anderer Keime vorhanden sind, eine Nährflüssigkeit, welche mit den Zersetzungsproducten der Cholerabacillen geschwängert ist. Man verwendet zu diesem Zwecke eine 8 Tage lang gezüchtete Reincultur von Cholerabacillen in Fleischwasserpeptonlösung, welche durch Erhitzen sterilisirt und mit 0·6procentiger Kochsalzlösung auf das 5—10fache verdünnt wird. Nach der Einsaat eines Schleimflöckchens entsteht dann nach 18 Stunden an der Oberfläche ein Bacterienhäutchen, welches Commabacillen in grosser Menge enthält und zur Plattencultur verwandt werden kann.

859. ***Neues über die Zubereitung von Cacao und Kaffee, sowie über die Wirkung der daraus hergestellten Getränke in gesundheitlicher Beziehung.*** *Von* **A. Stutzer.** *(Centralbl. f. allg. Gesundheitspfl. 1892. Heft 4 u. 5. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 63.)*

Verf. bespricht den Einfluss des Röstens auf die beiden Genussmittel. Beim Cacao dient das Rösten einmal dem Zwecke, die Schalen spröde zu machen und dadurch leichter vom inneren Kern trennen zu können, andererseits soll das eigenthümliche Cacaoaroma stärker hervorgerufen werden. Die bisher gebräuchlichen Röstmethoden setzen die Bohnen einem sehr langen Erhitzen aus und schaden dadurch dem Aroma, das sich leicht verflüchtigt und durch unangenehme brenzliche Röststoffe verdrängt wird. Ein neues Verfahren der Röstung von *Salomon* setzt bei stets leicht

und sehr genau zu regulirender Temperatur die Bohnen einer erheblich kürzeren Erhitzung aus, erhält somit dem Cacao das eigenthümliche Aroma und macht auch die Eiweissstoffe, welche im Cacao enthalten sind, leichter verdaulich. Es wird der Cacao dadurch auch leichter „löslich“, d. h. er vertheilt sich feiner in der Flüssigkeit, denn „löslich“ ist das Cacaopulver überhaupt nicht; alle die Massnahmen, die in den verschiedenen Fabriken üblich sind, um die Löslichkeit des Cacao angeblich zu erhöhen, der Zusatz von Pottasche oder Ammoniak, sind nur dem Getränke als solchem und der Gesundheit nachtheilig. Auch die künstlichen Aromazusätze sind dadurch überflüssig. Dem Verf. erscheint die Farbe des Cacao als ein gutes Kriterium seiner Brauchbarkeit: je heller der Cacao, umso besser. Auch auf den Kaffee ist das Röstverfahren von wesentlichem Einfluss; auch er hat unter den bisherigen Methoden gelitten; besonders unter dem Verfahren, welches unter Beigabe von Zucker, der zu „Caramel“ mitgeröstet wurde, den Kaffee röstete und die Bohnen stark glänzend und schwarz umkrustet erscheinen liess, sind die Consumenten sowohl bezüglich des Wohlgeschmackes, wie der Preiswürdigkeit (der Caramel wiegt auch) des Kaffees schwer geschädigt. Auch beim Kaffee lobt Verf. das *Salomon*'sche Verfahren: dasselbe ermöglicht eine Trennung der Brenzstoffe vom Kaffee, ehe noch das Aroma sich entwickelt, so dass dieses den Bohnen erhalten bleibt; dazu erwähnt sei auch die Ergiebigkeit des Kaffees und dass die „Wohlbekömmlichkeit“ desselben sich bedeutend hebt.

860. ***Kindesmord oder natürlicher Tod?*** *Von Dr.* ***Palmer.*** *(Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesver. Bd. LXII. 17. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 63.)*

Dem unehelich geborenen, ausgetragenen Kinde gab die Mutter am vierten Lebenstage, um es während ihrer Abwesenheit vom Hause zu beruhigen, einen Absud von Mohnkapseln (vulgo Klepperlesthee), wie in der Nachbarschaft üblich. Es wurden dazu soviel zerschnittene Mohnkapseln benutzt, als man mit drei Fingern fassen kann. Bald nachdem das Kind den Thee getrunken, wurde es ruhig, dann kühl, athmete langsam, die Augen wurden trübe, der Unterkiefer steif; am nächsten Vormittage trat der Tod ein. Die Section ergab folgende wesentliche Befunde: Bei der Eröffnung des Brustkorbes füllt die rechte Lunge ihren Brustraum vollständig aus. Die linke Lunge ist hinten in ihrem Brustraume als ein kleines, fleischiges, blaurothes Läppchen zu entdecken. Die rechte Lunge bildet ein schwammiges, beim Druck knisterndes Gewebe, an dem allenthalben rosenrothe Bläschen zu unterscheiden sind. Die linke Lunge fühlt sich dicht an und hat nur an den Rändern vereinzelte rosenrothe Bläschen. Sie ist auf dem Durchschnitt gleichmässig glatt, fleischig und es lässt sich kaum etwas schaumiges Blut vom Schnitt abstreichen. Beide Lungen, sowie die einzelnen Stückchen derselben schwimmen im Wasser. Die Luftröhre enthält eine schleimige käsige Masse, die sich links auch in die Bronchien verfolgen lässt. Die mikroskopische Untersuchung des Inhaltes von Luftröhre und Bronchien ergibt eine körnige Detritusmasse, vermischt mit Pflasterepithelien, Schleimzellen und Blutkörperchen. Der rechte Vorhof ist übermässig ausgedehnt und ge-

füllt mit flüssigem Blut und Gerinnseln. Das linke Herz zusammengefallen. Auf Milz-, Nieren- und Leberoberfläche viele stecknadelkopfgrosse Blutunterlaufungen Kopfschwarte unverändert bis auf einige punktförmige Sugillationen über dem rechten Seitenwandbein. Im rechten Seitenwandbein ein Knochensprung, im Bogen von innen nach aussen verlaufend, mit gezähnten Rändern. Zwischen dem verletzten Knochen und der harten Hirnhaut findet sich eine etwa fünfzigpfennigstückgrosse Blutunterlaufung. Das Gehirn unbeschädigt, ebenso die Schädelbasis. Auf Grund dieses Leichenbefundes wurde erklärt, dass das Kind an Erstickung gestorben sei, deren Ursache in dem Eindringen von aspirirtem Schleim in die Luftwege mit theilweiser Verstopfung der Bronchien bei der Geburt zu suchen sei. Die Schädelverletzung fand eine ausreichend erscheinende Erklärung durch die Angabe der Mutter, sie sei von der Geburt im Zimmer ausser Bett überrascht worden und das Kind sei mit dem Kopf voraus auf den Boden „geschossen", ohne aber einen äusserlich erkennbaren Schaden zu nehmen. Die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Genusse der Mohnabkochung (Opiumvergiftung) und dem Tode wurde unter diesen Umständen nicht aufrecht erhalten und die Mutter von der Anklage der fahrlässigen Tödtung freigesprochen.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

861. *Prophylaxe und Therapie der Cholera asiatica.*

Von den o. ö. Proff. Hofrath Dr. ***H. Nothnagel*** *und Dr.* ***O. Kahler*** *in Wien.*

Ueber Anregung des k. k. Ministeriums des Innern in Folge Auftrages des k. k. Ministeriums für Cultus und Unterricht durch die medicinische Facultät in Wien verfasst.

(Das österr. Sanitätswesen. 1892. 31.)

(Schluss.)

C. Behandlung des ausgebildeten Choleraanfalles. Die Erscheinungen des ausgebildeten Choleraanfalles werden einmal durch die Anwesenheit und Vermehrung der Bacillen im Darme und durch die Einwirkung derselben auf den Darm selbst veranlasst, zweitens durch die Bildung eines chemischen Choleragiftes, das in die allgemeine Circulation aufgenommen wird, drittens durch die Consequenzen der Bluteindickung in Folge der profusen wässerigen Entleerungen per vomitum et diarrhoeam. Um der ersten Indication, der Beschränkung der Bacillenvermehrung im Darmcanale, zu genügen, müsste man entweder den Nährboden für die Bacillen ungünstig gestalten oder Substanzen in den Darmcanal einführen, welche die Bacillen, ohne Nachtheil für den Träger derselben, unschädlich machen. Ersteres ist kaum durchführbar und wahrhaft zuverlässige Mittel zum letzteren Zwecke sind bis heute nicht bekannt. Vielerlei ist versucht worden, alle Versuche haben jedoch bis jetzt nur mangelhafte Resultate gegeben. Relativ am besten begründet ist noch die von verschiedenen Beobachtern,

insbesondere von *Cantani*, gegebene Empfehlung von Eingiessungen einer Tanninlösung in den Darm — Tanninenteroclyse. Zur Ausführung nimmt man $^1/_2$—2 Liter früher gekochten, auf 39—40° C. temperirten Wassers, in welchem 15—20 Grm. Acidum tannicum gelöst wurden, und lässt diese Flüssigkeitsmenge mit Hochirrigation per rectum einfliessen. Am wirksamsten erwiesen sich die Eingiessungen im sogenannten prämonitorischen Stadium: sie sind, wie schon oben gesagt, zu diesem Zeitpunkt neben den anderen genannten therapeutischen Massnahmen anzuwenden. Aber auch bei bereits entwickeltem Stadium algidum sind diese Enteroklysmen vielleicht von Nutzen, da das eingeführte Wasser aus dem Darme zur Resorption gelangen kann. Im Uebrigen ist es denkbar, dass die Tanninlösung auf die Entwicklung der Commabacillen selbst hemmend einwirkt. Ihre Verwendung hat auch noch den entschiedenen Vortheil, dass man dabei keinerlei Giftwirkungen zu besorgen hat. Um der zweiten Indication, das ist der Unschädlichmachung und möglichst raschen Ausscheidung des chemischen Choleragiftes aus dem Blute, zu entsprechen, besitzen wir noch kein directes Mittel; es scheint auch diesem Zwecke die heisse Tanninenteroclyse noch am besten zu entsprechen.

D. Behandlung im Stadium asphycticum des Choleraanfalles. Zur Erfüllung der dritten Indication, nämlich der Aufgabe, die Bluteindickung zu vermindern, dem Stocken des Kreislaufes vorzubeugen und die entstandenen Circulationsstörungen mit ihren Folgen zu beseitigen, dienen neben der Enteroclyse noch andere Verfahren — die Hypodermoclyse und die intravenösen Infusionen. Diese beiden Verfahren finden mit dem Beginne des Stadium algidum oder asphycticum des Choleraanfalles ihre Indication. Man soll mit deren Anwendung nicht zögern. Die Flüssigkeit zur Hypodermoclyse (subcutanen Infusion) wird in folgender Weise hergestellt: In zwei Litern destillirten und sterilisirten (i. e. durch eine halbe Stunde in einem mit Wattepfropf verschlossenen Kolben gekochten) Wassers werden 6 Grm. Natrium carbonicum und 8 Grm. Natrium chloratum gelöst und auf 40° C. erwärmt gehalten. Zur subcutanen Infusion dient am besten eine mit mehreren seitlichen Oeffnungen versehene Hohlnadel mit einem Lumen von $1^1/_2$—2 Mm., die durch einen kurzen Gummischlauch mit einer Bürette verbunden ist. Zum Verschlusse des Schlauches dient ein Quetschhahn. Der ganze Apparat wird vor seiner Verwendung mit 5 Procent Carbollösung oder in kochendem Wasser aseptisch gemacht. Dann wird eine Hautpartie am Abdomen des Kranken zuerst mit Aether sulfuricus, dann mit 2 pro Mille Sublimatlösung gewaschen und an dieser Stelle die Hohlnadel des zuvor ganz gefüllten Apparates in das Unterhautzellgewebe eingeführt. Die Flüssigkeit fliesst rasch ab. Es muss deshalb für fortlaufendes Nachfüllen der Bürette Sorge getragen sein und es gelingt leicht im Verlaufe von $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde selbst grössere, bis $1^1/_2$ Liter betragende Mengen von alkalischer Kochsalzlösung in das Unterhautzellgewebe zu bringen, wo sie rasch zur Resorption gelangen, eventuell, wenn eine Beule in der Umgebung der Injectionsstelle sich gebildet haben sollte, durch Massage vertheilt werden. Sollte die Haut des Abdomen sich aus irgend

einem Grunde zur subcutanen Infusion nicht eignen, kann die Oberschenkel- oder die Interscapulargegend diesem Zwecke dienen. Von der Halsgegend ist jedenfalls, wegen der Gefahr eines Glottisödems, abzusehen. In der Regel wird man bei schweren Choleraanfällen die Hypodermoclyse zu wiederholen gezwungen sein; es kann dies in ganz kurzen Zeitintervallen geschehen, nur ist jedesmal eine andere Einstichstelle zu wählen. Der Erfolg dieses Verfahrens, der in einem Wiedereintreten besseren Hautturgors, Wiedertastbarwerden des früher fehlenden Pulses, Wiedereintreten der Harnsecretion, Besserung des subjectiven Befindens des Patienten bestehen kann, tritt mitunter schon nach der ersten subcutanen Infusion, meist erst nach der zweiten und dritten ein, ist leider häufig ein vorübergehender. In einem solchen Falle greife man zur intravenösen Infusion einer physiologischen Kochsalzlösung, ein Verfahren, das übrigens von Anfang an, an Stelle der Hypodermoclyse, Verwendung finden kann. Die zur Infusion gelangende Flüssigkeit ist entweder die oben angegebene physiologische Kochsalzlösung oder nach *Hayem* von folgender Zusammensetzung:

Rp. *Aquae destill.* *1000·0,*
Natrii chlorat. *5·0,*
Natrii sulfur. *10·0.*

Nach der Zubereitung wird die Flüssigkeit durch ein mehrfaches Filter (schwedisches Filtrirpapier) filtrirt und dann durch langes Kochen sterilisirt. Bei Ausführung der Operation bedient man sich der oben beschriebenen Bürette, welche für diesen Zweck mit einer Glascanüle armirt wird, die in eine der Brachialvenen eingebunden wird. Wichtig ist: Verhütung von Lufteintritt in die Venen, aseptisches Verhalten der Operationswunde und des Apparates. Die Flüssigkeit fliesst unter geringem Drucke ausserordentlich rasch ein (in einer Viertelstunde $2-2^{1}/_{2}$ Liter) und der Beobachter kann die Effecte der Transfusion noch während des Einfliessens der Lösung, also unmittelbar, wahrnehmen. Das Bewusstsein kehrt zurück, die Contracturen lassen nach, es tritt subjectives Wohlbefinden ein, die Cyanose wird ermässigt, der Puls wird wieder tastbar, die Temperatur an den peripheren Theilen steigt. Die bestehende Anurie wird in der Regel nicht sofort beseitigt, der Harn erscheint erst nach vielen Stunden wieder. Leider sind auch bei diesem Verfahren die Erfolge sehr häufig nur vorübergehende. Als eine Regel für die Verwendung der beiden jetzt beschriebenen Verfahren sei der Satz hingestellt, dass man damit nicht zu warten habe, bis das Stadium algidum vollkommen zur Entwicklung gelangt ist, sondern, dass schon die ersten Anzeichen des Eintretens desselben die Indication geben. Selbstverständlich ist es, dass nebenbei von den bisher geübten symptomatischen Verfahren Gebrauch gemacht werden muss. Innerlich Eisstückchen, in Eis gekühlter Champagner, Brausemischungen, schwere Weine mit Zusatz von 10—20 Tropfen Aether, Thee mit Cognac. Subcutane Injection von Ol. camphoratum.

Rp. *Camphorae* *1·0,*
Ol. amygdal. dulc. *9·0.*
S. 1—2 Spritzen subcutan.

Ferner warme Bäder, sehr energische und lange fortgesetzte Frot-

tirungen mit spirituösen Substanzen oder mit in Eiswasser getauchten Compressen, fortgesetztes Erwärmen der Extremitäten. Beim Bestehen sehr schmerzhafter Muskelkrämpfe ist eine Morphininjection zu empfehlen. Für die Behandlung des Choleratyphoides mit seinem wechselnden, aus urämischen und septischen Componenten bestehenden Krankheitsbilde lassen sich keine allgemeinen Vorschriften geben. Man muss die Beseitigung der schweren Nierenaffection mit ihren Folgen und vor Allem die Ernährung des Kranken im Auge behalten.

Literatur.

862. ***Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung.*** *Von Dr.* **A. Freih. v. Schrenck-Notzing**, *München. Stuttgart, Enke, 1892.*

Das vorliegende, Dr. *August Forel* in Zürich gewidmete Werk wurde veranlasst durch suggestiv-therapeutische Beobachtungen an Conträrsexualen. Die durch psychische Behandlung im hypnotischen Zustande bei „geborenen" Urningen erzielten günstigen Erfolge stellten den Verf. vor die Alternative, entweder anzunehmen, dass die Suggestion im Stande sei, angeborene Abnormitäten der Psyche zu beeinflussen, oder nachzuweisen, dass in der gegenwärtig herrschenden Auffassung der Homosexualität das erbliche Moment zu Ungunsten der Erziehungseinflüsse überschätzt werde. Damit ergab sich die Nothwendigkeit, die Aetiologie und Pathogenese der perversen Richtungen des Sexuallebens genauer zu berücksichtigen. Der Onanismus und die functionelle Impotenz verlangten als constante Begleiterscheinungen der Geschlechtsverirrungen ebenfalls ein eingehenderes Studium, und sind nach der pathologischen wie nach der therapeutischen Seite bei Abfassung dieses Werkes in besonderen Abschnitten insoweit gewürdigt, als es für das Verständniss der Paraesthesia sexualis nothwendig ist. Dagegen konnten die Erscheinungen der sexuellen Anästhesie und des Uranismus beim weiblichen Geschlecht nur ganz kurze Erwähnung finden, hauptsächlich darum, weil sie in der ärztlichen Praxis und im socialen Leben von ziemlich untergeordneter Bedeutung sind, und dem Verf. selbst keine eigenen Beobachtungen zu Gebote stehen. Sowie der Titel ähnelt auch die Anordnung des ganzen Stoffes, die Gliederung des Inhaltes und die Art der Wiedergabe dem bekannten Werke von *Krafft-Ebing*, welches überhaupt vielfach zu Grunde gelegt ist. Das Materiale der vorliegenden Arbeit ist in drei Grade geordnet nach dem Schema: 1. Somnolenz, 2. Hypotaxis und 3. Somnambulismus. Der Inhalt gliedert sich in drei Hauptabschnitte, und zwar: I. Sexuelle Hyperästhesie, II. Sexuelle Impotenz und Anästhesie, und III. Sexuelle Parästhesie. Der erste Abschnitt behandelt zuerst die pathologischen Erscheinungen des Onanismus, der Satyriasis und der Nymphomanie; bespricht dann die Bedeutung der Suggestionstherapie für die Behandlung der krankhaften Steigerung des Geschlechtssinnes, und schliesst mit casuistischen Erläuterungen hierzu. Der Inhalt des zweiten Hauptabschnittes ist ganz nach demselben Schema eingerichtet wie der des ersten. Das weitaus grösste Capitel über die sexuelle Parästhesie, in welchem der Schwerpunkt des ganzen Werkes liegt, bespricht zuerst

ganz kurz die Erscheinungsformen sexueller Perversion mit Berücksichtigung der Theorie des Prof. *Krafft-Ebing*, sodann folgen in einzelnen frei aneinander gereihten Abschnitten Beiträge zur geschichtlichen Entwicklung der conträren Sexualempfindung im Alterthum. Ein sehr interessantes Capitel behandelt die ätiologische Bedeutung der Vererbung und Erziehung für die Verirrungen des Geschlechtstriebes, worauf ziemlich kurz die Diagnose und Prognose der sexuellen Parästhesie, sowie die psychische und suggestive Behandlung der Erscheinungen sexueller Perversion besprochen werden. Das letzte Capitel des dritten Abschnittes bringt wieder eine grosse Reihe von höchst ausführlichen Krankengeschichten eigener und auch fremder Beobachtung. Eine ganz praktisch angelegte Uebersichtstabelle über diese Casuistik, nebst erklärenden Schlussbemerkungen, sowie ein Autorenregister bilden den Anhang eines Werkes, welches ähnlich dem bekannten Buche von *Krafft-Ebing*, in geistige Regionen Licht zu bringen bemüht ist, die noch bis vor Kurzem jeder geregelten Beobachtung und Erklärung vollständig entbehrten. Als Lectüre in den Händen Unberufener kann das Buch grossen Schaden stiften und gehört dann in solchem Falle zur pornographischen Literatur.

v. Buschman.

863. ***Die Palpation der Bauch- und Beckenorgane.*** *Von* ***Felix Skutsch****, Jena. (Samml. klin. Vortr. Nr. 48.)*

Dieser dem Fachmanne fast nur Bekanntes bringende Vortrag ist wesentlich im Interesse der praktischen Aerzte geschrieben. Er soll diesem in einem Ueberblick der gynäkologischen Untersuchung einige Rathschläge für die äussere Untersuchung geben. Verf. folgt bei der Darstellung zumeist den an der Klinik *Schultze's* üblichen Methoden, obschon er an manchen Stellen auch der eigenen Ansicht und Erfahrung den Vorrang lässt. Von der einfachen Palpation des Uterus und der Ovarien bis zur complicirten bimanuellen Untersuchung behufs Diagnose der gestielten Tumoren der Uterusadnexe findet der Praktiker überall die nöthigsten Fingerzeige, nebst Hinweisen auf gewisse nicht seltene Fehlerquellen in der Differentialdiagnose tiefliegender Tumoren. Von diesem Standpunkte aus betrachtet ist die Arbeit gewiss recht verdienstlich und lesenswerth; übrigens werden einzelne in den Anmerkungen gegebene Notizen auch den Fachmännern von Interesse sein.

v. Buschman.

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

864. ***Die Bäderbehandlung der Eczeme.*** *Von Dr.* ***Oskar Lassar.*** *Nach einem auf dem XIV. Balneologen-Congress zu Berlin gehaltenen Vortrage. (Therap. Monatsh. 1892. 5.)*

865. ***Ueber Bäderbehandlung bei Hautkrankheiten.*** *Von Dr.* ***Edmund Saalfeld.*** *(Ibidem.)*

(Fortsetzung und Schluss.)

Bei Psoriasispatienten treten bekanntlich die Psoriasisefflorescenzen an denjenigen Stellen auf, an welchen die Haut mechanisch gereizt wird, und hier wirken die in der Seeluft und in noch höherem Masse die im Wasser enthaltenen Salzbestandtheile als Reize ein. Im Anschluss an die Schäd-

lichkeit von Seeaufenthalt und -Bädern will Verf. gleich noch auf eine andere Contraindication der Bäder bei der Psoriasistherapie hinweisen. Als die Panacee bei der Behandlung der Schuppenflechte wird wohl jetzt allgemein das Chrysarobin anerkannt. Wird nun zur Unterstützung der Chrysarobincur eine Behandlung mit Seifenbädern inaugurirt, so tritt leicht eine Verbindung zwischen dem Chrysarobin und der Seife ein, welche die Haut in hohem Masse reizen kann. Diese Dermatitis wird nun leicht durch die Fortsetzung der Bäder verschlimmert. Etwas Anderes ist es, wenn wir die beiden Heilpotenzen gesondert auf die Haut einwirken lassen. Wir werden dem entsprechend nach mehr oder weniger energisch vorgenommener Entfernung der Psoriasisschuppen die einzelnen Plaques mit grüner Seife einreiben und dann in einem verlängerten Seifenbade die noch übrig gebliebenen Schuppen entfernen lassen. Je nach der Stärke und Ausdehnung der Affection muss diese Procedur ein oder mehrere Mal wiederholt werden. Dann werden schliesslich die Reste der anhaftenden Seife in einem gewöhnlichen Wasserbade oder besser vermittelst der Brause, welch letztere, wenn nicht anders möglich, durch den Strahl der Giesskanne oder eines Irrigators ersetzt werden kann, entfernt. Darauf können die Chrysarobineinreibungen beginnen, ohne dass Verf. behaupten wollte, dass bei diesen allein nicht leider auch häufig genug Hautreizungen zu verzeichnen wären. Muss man aus irgend einem Grunde auf das Chrysarobin oder andere ähnlich wirkende Mittel, besonders die Pyrogallussäure, verzichten, so kommen ausser anderen Medicamenten hier mit Recht die Theerbäder und Schwefelbäder zur Verwendung, von denen wir oft recht gute Erfolge sehen, besonders wenn die letzteren in Form der natürlichen Schwefelbäder gegeben werden können. Aber leider sind die natürlichen Schwefelquellen nicht als ein absolut sicheres Heilmittel in aeternum gegen die Psoriasis anzusehen, da die Psoriasis nur zu häufig, nachdem ihre Erscheinungen völlig geheilt waren, wiederkehrt. Trotzdem sind bei hartnäckiger und ausgedehnter Psoriasis gerade durch natürliche Schwefelbäder oft vorzügliche Resultate zu registriren, in demselben Masse, wie wir sie bei der Acne vulgaris des Körpers und der Furunculose sehen. Bei diesen oft recht hartnäckigen und lästigen Erkrankungen beobachten wir — besonders gilt dies für die Furunculose — nicht selten vollkommene Heilung, besonders in den natürlichen Schwefelbädern, nachdem alle anderen therapeutischen Massnahmen vergeblich gewesen sind. Auch Bäder mit Zusatz von antiseptischen Mitteln, speciell Bäder von übermangansaurem Kali oder Sublimat wirken bei Kindern meistens ausserordentlich günstig ein. Dieselbe gute Wirkung von Bädern mit Antisepticis hat Verf. auch bei Pemphigus, besonders wenn er Kinder betrifft, beobachtet. Die vorher erwähnte Schädlichkeit der See- und auch Flussbäder bei Personen, die zu Furunculose neigen, ist wohl dadurch bedingt, dass ihre Haut der Invasion von Schmutz, respective Eitererregern, die im Meer und in den Flüssen vorhanden sind, leichter zugänglich ist als eine normale Haut. Eine andere, speciell das Kindesalter treffende Dermatose, die Prurigo, wird durch den Gebrauch von Bädern gebessert. In prolongirter Form als warme Theer- oder Schwefelbäder oder Bäder mit Schwefeltheerseife und ähnlichen Mitteln bringen sie die bestehenden Infiltrate und Knötchen mehr oder weniger zum Schwinden und mindern gleichzeitig den Juckreiz und das secundäre Eczem; mehr kühle Bäder von kurzer Dauer mit oder ohne Zusatz von Stärke oder Kleie wirken auf

das erste Stadium der Prurigo, die Urticaria, ausserordentlich beruhigend ein. Die Vortheile des permanenten Bades bei Verbrennungen sind allgemein bekannt. Bei Ichthyosis und Lichen planus sind Theerbäder von Nutzen, indem sie bei letzterem die Hautinfiltrate und das Jucken mildern, während die Rauhigkeit und Schuppenbildung der Haut bei Ichthyosis durch sie verringert wird. Einfache lauwarme protrahirte Bäder, besonders aber Theerbäder, sind von grossem Nutzen bei Hautjucken, hauptsächlich in vielen Fällen, wo man keine äussere Ursache auffinden kann und dasselbe als „nervös" bezeichnet wird. Bei Scabies sollen die Patienten erst 8 Tage nach der letzten Einreibung ein Bad nehmen; durch Bäder, welche gleichzeitig mit der Cur gegeben werden, werden die Medicamente wieder von der Haut entfernt und können nur kurze Zeit ihre parasiticide Wirksamkeit bethätigen, wodurch häufig Recidive auftreten. Bei Pityriasis versicolor lässt sich durch Theerbäder eine bedeutende Desquamation erzielen, ohne dass man eine etwa eintretende Reizung zu fürchten hätte.

Kleine Mittheilungen.

866. ***Verschluss des Darmes durch Fremdkörper. Laparotomie.*** *Von **S. A. Kirk**. (Northwestern Lancet. 1891. 15. Dec. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 32.)*

Ein anscheinend gesunder 14jähriger Knabe, der nie an Defäcationsstörungen gelitten, erkrankte mit zunehmend schweren Darmerscheinungen, bis am siebenten Tag das Bild tagelangen völligen Darmverschlusses zur Laparotomie führte. Aus dem untersten Ileum wurde ein Fremdkörper entfernt, der eine fest verfilzte, 10·5 Cm. im Umfang messende, langgestreckte Masse aus Stroh, Heu, Birkenrinde etc. darstellte — Gegenstände, die Pat. seit Jahren gewohnheitsmässig gekaut und verschluckt hatte. Tod 12 Stunden nach der Operation.

867. ***Ein Fall von 3tägigem Verbleiben eines Fremdkörpers (Pfirsichstückes) im Nasenrachenraume.*** *Von **E. Saint-Hilaire**. (Journ. of Laryngol. Bd. VI. Heft 4. — Centralbl. f. Chir. 1892. 33.)*

Ein junger Mann, bisher ganz gesund, wurde kurze Zeit nach Extraction mehrerer Zähne plötzlich durch Auftreten von Bluthusten erschreckt. Bei der Untersuchung zeigte die Rhinoskopie am hinteren Ende der rechten unteren Muschel eine rundliche Schwellung von der Grösse einer kleinen Nuss, zum Theil mit blutigem Schleim bedeckt und rundum von einem hämorrhagischen Hofe umgeben. Bei Berührung mit der Sonde wurde diese Masse beweglich und sofort durch eine Contraction der Gaumen- und Rachenmusculatur in die Mundhöhle geschoben. Nach sorgfältiger Prüfung stellte sie sich als ein Stück Pfirsich heraus. Nun erinnerte sich Pat., dass er vor drei Tagen Pfirsiche gegessen habe und dass am nächsten Tage das Blutspeien begonnen. Eine halbe Stunde nach Entfernung des Fremdkörpers hörte das Blutspeien auf und am nächsten Tage war die Congestion der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut verschwunden. Im Uebrigen passirte es dem Pat. noch mehrmals, dass Speisetheile in den Nasenrachenraum und die Nasenhöhlen gelangten, bis er einen passenden künstlichen Zahnersatz gefunden hatte.

868. ***Ueber die Resorptionsfähigkeit des Mastdarmes.*** *Von Dr. **Olschanetzky**, Odessa. Aus dem Laboratorium der med. Klinik von Würzburg. (Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. XLVIII. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 33.)*

Um die Resorptionsfähigkeit des Mastdarmes für eine Reihe von Salzen zu prüfen, wurde eine Lösung von 1 Th. Jodkalium zu 250 kalten destillirten Wassers in Klystierform verabfolgt und die Zeit des Auftretens der Jodreaction im Speichel und Urin geprüft. In einer zweiten Reihe von Versuchen wurde ein Klysma von gleicher Zusammensetzung bei einer Temperatur von 25°—45° C. gegeben. Ausser

Jodkalium wurde auch Lithium carbonicum und Bromkalium verwendet. Es ergab sich, dass die Resorption des Salzes vom Mastdarm sehr rasch, mindestens so rasch, wie vom Magen aus erfolgt und dass bei höherer Temperatur der Injectionslösung die Resorption schneller vor sich geht, auch die Ausscheidung des Salzes schneller beendet ist.

869. ***Calomelsalbe zur Schmiercur.*** *Von R. Bovero. (Monatsh. f. prakt. Dermat. 1892, pag. 85. — Pharm. Centralhalle. 1892. 32.)*

An Stelle der Schmiercuren mit grauer Quecksilbersalbe verwendet Verf. Calomelschmiercuren mit gutem Erfolge bei Syphilis. Die hierzu verwendete Salbe besteht aus:

Rp. *Hydrargyr. chlorati vapor. parati* 0·5—1·0 *gr.*
Lanolini 3·0 *gr.*
Olei Cacao 4·0 *gr.*

870. ***Ipecacuanha bei Wehenschwäche*** empfiehlt *Drapes* sowohl in der 1. wie 2. Geburtsperiode; alle 10 Minuten 2—3 Dosen von 10—15 Tropfen Vinum Ipecac. (= 1 Radic. Ipec. : 10 Vin. Xerens.). Es hat gegenüber dem Ergotin den Vortheil, dass es nicht Tetanus hervorruft.

(Sem. méd. 1892. 22. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 47.)

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Peiper, Dr. Erich, a. o. Professor an der Universität Greifswald. Die Schutzpockenimpfung und ihre Ausführung. Leitfaden für Aerzte und Studirende. II. vermehrte und verbesserte Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1892.

Wachsmuth, Dr. G. J., praktischer Arzt in Berlin. Cholera, Brechdurchfall und ihre verwandten Krankheiten. Schutzmassregeln und hygienisch rationelle Behandlung, illustrirt durch die Statistik von Berlin, nach amtlichen Quellen. Leipzig 1892, Verlag von H. Hartung & Sohn.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

871. ***Die Hirnlähmungen der Kinder.*** *Von* ***B. Sachs*** *New-York. (Samml. klin. Vortr. Nr. 46 u. 47.)*

Die vorliegende kleine Monographie ist, wenn sie auch keinerlei neuen Standpunkt darbietet, sondern sich auf der Bahn des Bekannten und von allen modernen Forschern Angenommenen bewegt, doch recht fesselnd geschrieben und durchaus lesenswerth. Einige Erleichterung in dem sonst recht complicirten Wust von Erscheinungen und mehr weniger gut beobachteten Symptomen bietet die streng durchgeführte Eintheilung dieser Lähmungen in drei Hauptgruppen, und zwar: *a)* die vor der Geburt entstandenen Lähmungen, *b)* solche in Folge von Geburtstraumen, und *c)* acute oder acquirirte Lähmungen. Hinsichtlich der Aetiologie weicht Verf. bezüglich Punkt *a* und *b* in nichts von der allgemeinen Ansicht ab, während er bei Punkt *c* sagt, dass oft die unscheinbarsten Erkrankungen, z. B. eine Tonsillitis, Ursache schwerer Lähmungen sein könne, was er selbst beobachtet haben will. Auch den einfachen Schreck, das psychische Trauma hält er hier von grosser ätiologischer Bedeutung. Von einigem Interesse sind die Ausführungen über das Wechselverhältniss zwischen Convulsionen und Lähmungen, die sich gegenseitig bedingen können. Auch über die so häufig im Gefolge auftretende Epilepsie breitet sich Verf. weiter aus, und ist auch hier Manches von Interesse. Behufs Heilung der Epilepsie will Verf. von Excision des Rindencentrums nur dann etwas wissen, wenn zu befürchten ist, dass von diesem Hirntheile aus die secundäre Sclerose sich immer weiter und weiter ausbreiten würde. Die äusserst fleissige, den persönlichen Standpunkt des Verf. überall klar kennzeichnende Arbeit sei hiermit empfohlen. *v. Buschman.*

872. ***Beiträge zur Pathologie des Asthma bronchiale.*** *Von Dr.* ***Carl v. Noorden.*** *(Aus der Klinik des Herrn Geh.-Rath Gerhardt. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XX. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 66.)*

Verf. beschreibt zunächst einen Fall von typischem, nicht complicirtem Asthma bronchiale einer Anfangs Juni 1891 in die II. med. Klinik aufgenommenen 19jährigen Patientin. In deren Sputum fand Verf. am 1. Juli Zellen, in denen gelbe und braune Pigmentstücke lagerten, die sofort als eisentragende erwiesen wurden und die Identität des Pigmentes mit Hämosiderin *(Neumann)*, dem Pigment der sogenannten *E. Wagner*'schen Herzfehlerzellen, wurde wahrscheinlich. Das Auftreten von Hämosiderinzellen war bei typischem Asthma bronchiale sehr auffällig. Es galt, zu untersuchen, in welchen Zellen das Pigment lagerte, da nach Zusatz der Reagentien sich stets mehr Zellen eisenhaltig erwiesen, als die

Betrachtung des ursprünglichen Präparates vermuthen liess. — Zur Entscheidung nahm Verf. bewährte Färbungsmethoden in Anspruch und nach den gefertigten Präparaten ergab sich: 1. Ein Theil der Pigmentzellen enthielt die neutrophile Körnung, d. h. sie waren Leukocyten. 2. Ein kleiner Theil enthielt die eosinophile Körnung. Die überwiegende Menge der im Sputum reichlich vertretenen eosinophilen Zellen war pigmentfrei. 3. Ein dritter Theil, ungefähr die Hälfte der Gesammtheit, enthielt keine Körnung und waren Epithelien da. Die Art der Vertheilung der Pigmentzellen im Sputum war verschieden. Meist lagen sie in Haufen dicht gedrängt zusammen, während in weiter Umgebung des Haufens nicht eine einzige Zelle das Pigment trug. Die Menge der Hämosiderinzellen war ebenfalls nicht immer die gleiche. Im Laufe der Krankheit nahm der Gehalt an Pigmentzellen immer mehr ab, ohne dass sich die Intensität und Häufigkeit der Asthma-Anfälle bemerkenswerth änderte. In den vom Verf. weiterhin beobachteten und beschriebenen sechs Fällen von reinem Asthma bronchiale (2 Erwachsene, 4 Kinder) fand derselbe nur in zwei Fällen (2 Kindern) keine Pigmentzellen. Verf. kommt deshalb zu dem Schlusse, dass die Hämosiderinzellen zwar keine nothwendige Beigabe zum Asthmasputum sind, aber nicht selten in demselben anzutreffen sind. Die Quelle des Hämosiderinpigments findet Verf. in den bei den Asthma-Anfällen häufig eintretenden Blutungen, welche durch die im Sputum enthaltenen stecknadelkopfgrossen, oder auch kleinen und grösseren Blutspuren angezeigt werden. Auf Grund dieser Beobachtungen schlägt Verf. von Neuem vor, den unpassenden Namen „Herzfehlerzellen“ aufzugeben. Ebensowenig passend ist der Name „braune Alveolarepithelien“, da es keinem Zweifel mehr unterliegen kann, dass ein Theil der Zellen, welche sich mit Pigment beladen haben, Leukocyten und eosinophile Zellen sind. Für Herzfehlerzellen setzte Verf. deshalb Hämosiderinzellen, welcher Name die chemische Natur des Pigments verräth und nichts über die Herkunft präjudicirt. Des Weiteren hat Verf. in fünf Fällen das Blut von Asthmatikern untersucht; bei jedem derselben waren zur Zeit der Anfälle die eosinophilen Zellen vermehrt, d. h. sie betrugen bis zu 10 Procent und mehr der farblosen Blutkörperchen. In einem Falle sogar 25 Procent, woraus Verf. bestimmte Beziehungen zwischen dem Gehalt des Blutes an eosinophilen Zellen und dem Eintritt asthmatischer Anfälle zu erkennen glaubt. Besonders stark war in einem beobachteten Falle ihre Anhäufung, nachdem Schlag auf Schlag Anfälle mehrere Tage hintereinander stattgefunden hatten, also am Schlusse einer Anfallgruppe. Wenn auch bei anderen Kranken die Zahl der eosinophilen Zellen keine constante ist, so ist Verf. doch solchen enormen Schwankungen, wie in dem letzterwähnten Falle, bei anderen Untersuchungen nie begegnet; und die hier gemachten Erfahrungen dürften geeignet sein, zu weiteren Untersuchungen anzuregen.

873. ***Zur Choleradiagnose.*** *Von Dr.* ***Hugo Laser.*** *Aus dem hygien. Institute zu Königsberg i. Pr. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 32. — Med. Neuigkeit. 1892, pag. 250.)*

Es ist ohne Zweifel von grossem Werth, bei einem der Cholera verdächtigen Falle möglichst schnell feststellen zu können, ob

Cholera asiatica vorliegt oder nicht. Das *Koch*'sche Plattenverfahren, welches hierüber Aufschluss gibt, ist nun einigermassen umständlich und zeitraubend und erfordert Mittel, welche nicht jedem Arzte zu Gebote stehen. Dr. *Laser*-Königsberg hat deshalb nach einem einfacheren Verfahren der Diagnose gesucht. Zunächst hat er die von *Karlinski* angegebene Methode nachgeprüft. Von den zu prüfenden Fäces impft man ein Peptonbouillonröhrchen, stellt dieses auf 24 Stunden in den Brutschrank, impft dann von der Oberfläche, wo sich eine Membran gebildet haben soll, ein zweites und nach ferneren 24 Stunden ein drittes Peptonbouillonröhrchen. In diesem letzten Glase soll man die Cholerarothreaction anstellen können; bei Zusatz von reiner Schwefelsäure soll also Rothfärbung eintreten. Verf. suchte zunächst festzustellen, welche Quantität Cholera in den Fäces nothwendig sei, um die Reaction zu geben. Es ergab sich dabei allerdings als charakteristischer Befund die Bildung eines Häutchens, welches auf Bouillon, die mit cholerafreien Fäces geimpft ist, nicht entsteht; dagegen trat die Rothfärbung nach Zusatz von Schwefelsäure in durchaus unzuverlässiger Weise auf und die Intensität der Färbung stand nicht im Verhältniss zu der Menge der zugesetzten Choleracultur. Bei der Vergleichung der mit und der ohne Cholera behandelten Fäcesbouillonröhrchen fiel aber dem Verf. der eigenthümliche widrige Geruch der ersteren auf, der es ermögliche, die Diagnose auf Cholera zu stellen. Verf. empfiehlt für die Praxis folgenden Gang der Untersuchung: Von den zu untersuchenden Fäces impft man eine Reihe Gläser mit Peptonbouillon, respective Peptongelatine, und gleichzeitig ebenso viele Gläser mit Fäces einer anscheinend gesunden Person, die ja immer leicht zu erhalten sein werden. Stellt man dann alle in den Brutschrank, so kann man nach 24 Stunden mittelst des Geruches schon die Diagnose stellen. Nur darf man nicht zu viel Fäces abimpfen, da sonst der Fäcesgeruch den Cholerageruch übertrifft und dämpft. Hat sich noch gar ein Häutchen auf den mit verdächtigen Fäces geimpften Röhrchen gebildet und lässt sich nach 48 Stunden die Cholerarothreaction anstellen, dann dürfte wohl die Diagnose als völlig gesichert gelten. Wünschenswerth wäre es natürlich immer noch, das Culturverfahren und die mikroskopische Untersuchung, wenigstens die des Häutchens, vorzunehmen.

874. ***Ueber die Behandlung der genuinen Epilepsie und der Neurasthenie mittelst subcutaner Injection von normaler Nervensubstanz.*** *Von Prof. **V. Babes**, Bukarest. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 30. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 34.)*

Schon seit Langem machte *Babes* die Beobachtung, dass die gegen Hundswuth geimpften gebissenen Personen durch die Impfung oft von verschiedenen älteren Nervenleiden geheilt wurden. Er und ein Assistent seines Institutes, welche an ausgesprochener spinaler Neurasthenie litten, waren nach einer derartigen Behandlung durch die Impfung von diesem Leiden befreit worden. Ausserdem hatten sie im Jahre 1889 mehrere Fälle von gegen Hundswuth behandelten Personen, die an Neurasthenie, Epilepsie, Hysterie litten, genauer verfolgt und zusammengestellt, welche mittelst der geübten intensiven Methode behandelt wurden, in Folge welcher Be-

handlung auch ihr altes Leiden geheilt oder gebessert wurde. Indem *Babes* annahm, dass bei dieser Behandlung namentlich die ziemlich grosse Menge von Nervensubstanz das wirksame Princip darstellt, versuchte er bei einem Diener des Institutes, welcher an der anämischen Form der Neurasthenie in hohem Grade litt, ebenso wie bei einem an Neurasthenie leidenden Mädchen, dann bei einem Manne mit den Symptomen einer beginnenden Tabes dorsalis Besserung durch Injection grösserer Mengen Gehirns und Rückenmarksubstanz (täglich 1 Grm. in 5 Grm. Bouillon) zu erzielen. Die Resultate waren sehr befriedigend, indem die an Neurasthenie leidenden Personen schon nach den ersten Injectionen bedeutende Besserung erkennen liessen, namentlich waren die Verdauungsbeschwerden, die Müdigkeit und Schlaflosigkeit geschwunden, und nach drei Wochen langer Behandlung konnten die Patienten als geheilt entlassen werden. Andere Heilmittel, Bromkalium, regelmässige Lebensweise, Diät und Hydrotherapie etc., obwohl die Patienten dieselben früher wiederholt ohne Erfolg gebraucht hatten, wurden mit der Injectionscur zugleich angewendet. Im Befinden des zugleich behandelten Tabikers war wohl auch Besserung einzelner Symptome, der Schmerzen, der Lähmungserscheinungen, kaum aber wesentliche allgemeine Besserung eingetreten, besonders auffallend waren bei diesem Kranken die bedeutenden Reizungserscheinungen, hochgradige Aufregung, Pollutionen, Schmerzen etc., zu welchen die ersten Injectionen Anlass gaben. Zu dieser Zeit kam auch Dr. *Constantin Paul* aus Paris nach Bukarest, und konnte *Babes* demselben die Resultate dieser Behandlung vorführen. Seitdem wiederholte er noch einige Male die Behandlung mit demselben Erfolge, überliess es aber *Constantin Paul*, dieselbe systematisch klinisch zu verfolgen. Am 16. Februar laufenden Jahres theilte nun *Constantin Paul* seine Resultate mit. Im laufenden Jahre behandelte *Babes* 40 Personen nach seiner Methode, welche von *Constantin Paul* in einer Weise modificirt wurde, die *Babes* wohl auch manchmal befolgte, welche aber die Wirksamkeit der Nervensubstanz zu beeinträchtigen vermag. — Während *Babes* nämlich gewöhnlich das äusserst sorgfältig steril gehaltene Gehirn und Rückenmark von Kaninchen und Schafen blos durch mehrere Thonlagen presst und mit fünf Theilen Bouillon hieraus eine Emulsion bereitet, filtrirt *Constantin Paul* eine Mischung des Gehirns mit Glycerin mittelst des *d'Arsonval*'schen Apparates durch ein Porzellanfilter bei sehr hohem Drucke, welcher durch den Uebergang flüssiger Kohlensäure in den gasförmigen Zustand erzeugt wird. Hierbei wird die Mischung zugleich mit Kohlensäure gesättigt. Bei *Babes*' Verfahren, welches bei äusserst gewissenhafter Aseptik durchgeführt wird, waren die Injectionen fast schmerzlos, und nur äusserst selten erschien stärkere Röthung um die Impfstelle. Sobald *Babes* aber das Impfmaterial aus den Händen gab, beklagte man sich über Phlegmonen oder selbst Abscesse in Folge der Impfung. Die Neurastheniker bekamen gewöhnlich 4 bis 5 Injectionen, die Epileptiker 5 bis 6 Injectionen pro Woche, immer je 4 bis 5 Grm. einer Emulsion von 1 : 5 Bouillon. Die Impfstelle war die Bauch- und Flankengegend. Fall 1. Al. N., Universitätshörer, 22 Jahre alt, beginnt die Behandlung am 6. März

mit 5 Grm. Emulsion und setzt dieselbe mit eintägigen Pausen bis zum 20. April fort. Nach vier Injectionen fühlt derselbe schon bedeutende Besserung, die „Casque neurasthénique“, sowie der melancholische Zustand fast geschwunden, Appetit und Schlaf, Arbeitslust und Kraft, welche schon seit zwei Jahren darniedergelegen waren, traten wieder ein. Am 20. April sind alle Krankheitserscheinungen verschwunden. Früher waren Hydrotherapie und Bromkalium ohne Erfolg angewendet worden. Die Schilderung anderer 11 Fälle von Neurasthenie und von 6 Fällen mehr minder hochgradiger Epilepsie siehe im Original. Weitere Erfahrungen sind erwünscht.

875. ***Ueber einen durch ungewöhnliche Symptome ausgezeichneten Fall von Krämpfen.*** *Von* **Meyer** *und* **Oppenheim.** *(Jahrb. f. Kinderhk. N. F. 1892. Bd. XXXIII. Heft 3. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psych. 1892, pag. 314.)*

Patient 4 Jahre alt, hereditär schwer belastet, hat sich geistig und körperlich gut entwickelt. Im Alter von 6 Wochen fiel er aus dem Bett auf die Stirngegend, lag 2 Minuten ganz still, schrie dann heftig. Im Alter von 3 Monaten trat der erste Krampfanfall auf, nachdem Patient schon öfter im Schlaf geschrieen hatte. Später traten die Anfälle häufiger auf und dauerten etwa 3 Minuten. Sie bestanden in einer allgemeinen tonischen Anspannung der Körpermuskeln und einer darauffolgenden Röthung, die sich über eine ganze Körperhälfte erstreckte und mit Schmerzen auf derselben Seite verbunden war. Von der Mutter wurden später zwei verschiedene Typen unter den Anfällen unterschieden. Auch nach der Beobachtung der Verff. verliefen die Anfälle verschiedenartig. Das eine Mal trat bei freiem Sensorium unter heftigem Weinen über Schmerzen an bestimmten Stellen der rechten Körperhälfte eine Röthung ein, die sich allmälig über dieselbe Seite verbreitete. Dabei war die rechte Pupille ad maximum dilatirt und lichtstarr. Schmerzen und Röthung verschwanden allmälig. Nach einer Dauer von 1 Minute war der Anfall vorüber. Ein anderes Mal begann der Anfall so, dass Patient plötzlich über heftige Schmerzen in der Anusgegend schrie. Die Musculatur der Beine gelangte in einen Zustand von Flexionscontractur und die Umgebung des Anus erschien purpurroth. Dabei war der Penis ad maximum irrigirt, hochroth, die Glans penis cyanotisch. Auch kam es zur unwillkürlichen Harnentleerung. Das Sensorium bleibt frei. Der Anfall dauerte nur $^1/_2$ Minute. Bei einem dritten Anfall bestand Röthung der linken Kopf- und Gesichtshälfte und Thränenfluss des linken Auges. Die Untersuchung ergab ausser Neuritis optica, beiderseitigem *Westphal*'schem Zeichen und dem breitbeinigen, ein wenig stampfenden Gang normale Verhältnisse. Die beobachteten Erscheinungen bei den Krampfanfällen, welche vorwiegend vasomotorischer und secretorischer Natur sind, bekunden nach mancher Hinsicht eine Verwandtschaft mit der Epilepsie, Hemikranie, traumatischen Neurose und Hysterie; doch kann der Fall nicht in die Kategorie einer dieser Neurosen gebracht werden. Am wahrscheinlichsten ist, dass sich das Leiden auf dem Boden von Entwicklungsanomalien am centralen Nervensystem ausgebildet hat.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

876. ***Anweisung zur Ausführung der Desinfection bei Cholera.*** *Vom Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten in Berlin, 1892.*

I. Als Desinfectionsmittel sind anzuwenden: 1. Kalkmilch. Zur Herstellung derselben wird 1 Liter zerkleinerten reinen gebrannten Kalkes, sogenannten Fettkalkes, mit 4 Liter Wasser gemischt, und zwar in folgender Weise: Es wird von dem Wasser etwa $^3/_4$ Liter in das zum Mischen bestimmte Gefäss gegossen und dann der Kalk hineingelegt. Nachdem der Kalk das Wasser aufgesogen hat und dabei zu Pulver zerfallen ist, wird er mit dem übrigen Wasser zu Kalkmilch verrührt. Dieselbe ist, wenn sie nicht bald Verwendung findet, in einem gut geschlossenen Gefässe aufzubewahren und vor dem Gebrauche umzuschütteln. 2. Chlorkalk. Der Chlorkalk hat nur dann eine ausreichende desinficirende Wirkung, wenn er frisch bereitet und in wohlverschlossenen Gefässen aufbewahrt ist. Die gute Beschaffenheit des Chlorkalks ist an dem starken, dem Chlorkalk eigenthümlichen Geruch zu erkennen. Er wird entweder unvermischt in Pulverform gebraucht oder in Lösung. Letztere wird dadurch erhalten, dass zwei Theile Chlorkalk mit hundert Theilen kalten Wassers gemischt und nach dem Absetzen der ungelösten Theile die klare Lösung abgegossen wird. 3. Lösung von Kaliseife (sogenannter Schmierseife oder grüner oder schwarzer Seife). 3 Theile Seife werden in 100 Theilen heissen Wassers gelöst (z. B. $^1/_2$ Kgrm. Seife in 17 Liter Wasser). 4. Lösung von Carbolsäure. Die rohe Carbolsäure löst sich nur unvollkommen und ist deswegen ungeeignet. Zur Verwendung kommt die sogenannte „100procentige Carbolsäure“ des Handels, welche sich in Seifenwasser vollständig löst. Man bereitet sich die unter Nr. 3 beschriebene Lösung von Kaliseife. In 20 Theilen dieser noch heissen Lösung wird 1 Theil Carbolsäure unter fortwährendem Umrühren gegossen. Diese Lösung ist lange Zeit haltbar und wirkt schneller desinficirend als einfache Lösung von Kaliseife. Soll reine Carbolsäure (einmal oder wiederholt destillirte) verwendet werden, welche erheblich theurer, aber nicht wirksamer ist, als die sogenannte „100procentige Carbolsäure“, so ist zur Lösung das Seifenwasser nicht nöthig; es genügt dann einfaches Wasser. 5. Dampfapparate. Geeignet sind sowohl solche Apparate, welche für strömenden Wasserdampf bei 100° C. eingerichtet sind, als auch solche, in welchen der Dampf unter Ueberdruck (nicht unter $^1/_{10}$ Atmosphäre) zur Verwendung kommt. 6. Siedehitze. Die zu desinficirenden Gegenstände werden mindestens eine halbe Stunde lang mit Wasser gekocht. Das Wasser muss während dieser Zeit beständig im Sieden gehalten werden und die Gegenstände vollkommen bedecken.

2. Anwendung der Desinfectionsmittel. 1. Die flüssigen Abgänge der Cholerakranken (Erbrochenes, Stuhlgang) werden möglichst in Gefässen aufgefangen und mit ungefähr gleichen Theilen Kalkmilch (I, Nr. 1) gemischt. Diese Mischung muss mindestens

eine Stunde stehen bleiben, ehe sie als unschädlich beseitigt werden darf. Zur Desinfection der flüssigen Abgänge kann auch Chlorkalk (I, 2) benützt werden. Von demselben sind mindestens zwei gehäufte Esslöffel voll in Pulverform auf 1/2 Liter der Abgänge hinzuzusetzen und gut damit zu mischen. Die so behandelte Flüssigkeit kann bereits nach 15 Minuten beseitigt werden. 2. Hände und sonstige Körpertheile müssen jedesmal, wenn sie durch die Berührung mit inficirten Dingen (Ausleerungen des Kranken, beschmutzter Wäsche u. s. w.) in Berührung gekommen sind, durch gründliches Waschen mit Chlorkalklösung (I, 2) oder mit Carbolsäurelösung (I, 4) desinficirt werden. 3. Bett- und Leibwäsche, sowie andere Kleidungsstücke, welche gewaschen werden können, sind sofort, nachdem sie beschmutzt sind, in ein Gefäss mit Desinfectionsflüssigkeit zu stecken. Die Desinfectionsflüssigkeit besteht in einer Lösung von Kaliseife (I, 3) oder von Carbolsäure (I, 4). In dieser Flüssigkeit bleiben die Gegenstände, und zwar in der ersteren mindestens 24 Stunden, in der letzteren mindestens 12 Stunden, ehe sie mit Wasser gespült und weiter gereinigt werden. Wäsche u. s. w. kann auch in Dampfapparaten, sowie durch Auskochen desinficirt werden. Aber auch in diesem Falle muss sie zunächst mit einer der genannten Desinfectionsflüssigkeiten (I, 3 oder 4) stark angefeuchtet oder in gut schliessenden Gefässen oder Beuteln verwahrt, oder in Tücher, welche ebenfalls mit Desinfectionsflüssigkeit angefeuchtet sind, eingeschlagen werden, damit die mit dem Hantiren der Gegenstände vor der eigentlichen Desinfection verbundene Gefahr verringert wird. Auf jeden Fall muss derjenige, welcher solche Wäsche u. s. w. berührt hat, seine Hände in der unter II, 2 angegebenen Weise desinficiren. 4. Kleidungsstücke, welche nicht gewaschen werden können, sind in Dampfapparaten (I, 5) zu desinficiren. Gegenstände aus Leder sind mit Carbolsäurelösung (I, 4) oder Chlorkalklösung (I, 2) abzureiben. 5. Holz- und Metalltheile der Möbel, sowie ähnliche Gegenstände werden mit Lappen sorgfältig und wiederholt abgerieben, die mit Carbolsäure- oder Kaliseifenlösung (I, 4 oder 3) befeuchtet sind. Ebenso wird mit dem Fussboden von Krankenräumen verfahren. Die gebrauchten Lappen sind zu verbrennen. Der Fussboden kann auch durch Bestreichen mit Kalkmilch (I, 1) desinficirt werden, welche frühestens nach 2 Stunden durch Abwaschen wieder entfernt wird. 6. Die Wände der Krankenräume, sowie Holztheile, welche diese Behandlung vertragen, werden mit Kalkmilch (I, 1) getüncht. Nach geschehener Desinfection sind die Krankenräume, wenn irgend möglich, 24 Stunden lang unbenützt zu lassen und reichlich zu lüften. 7. Durch Choleraausleerungen beschmutzter Erdboden, Pflaster, sowie Rinnsteine, in welche verdächtige Abgänge gelangen, werden durch reichliches Uebergiessen mit Kalkmilch (I, 1) desinficirt. 8. In Abtritte wird täglich in jede Sitzöffnung ein Liter Kalkmilch (I, 1) gegossen. Tonnen, Kübel und dergleichen, welche zum Auffangen des Kothes in den Abtritten dienen, sind nach dem Entleeren reichlich mit Kalkmilch (I, 1) aussen und innen zu bestreichen. Die Sitzbretter werden durch Abwachen mit Kaliseifenlösung (I, 3) gereinigt. 9. Wo eine genügende Desinfection in der bisher angegebenen

Weise nicht ausführbar ist (z. B. bei Polstermöbeln, Federbetten in Ermanglung eines Dampfapparates, auch bei anderen Gegenständen, wenn ein Mangel an Desinfectionsmitteln [I, 1—5] eintreten sollte), sind die zu desinficirenden Gegenstände mindestens sechs Tage lang ausser Gebrauch zu setzen und an einem warmen, trockenen, vor Regen geschützten, aber womöglich dem Sonnenlicht ausgesetzten Ort gründlich zu lüften. 10. Gegenstände von geringerem Werthe, namentlich Bettstroh, sind zu verbrennen.

877. ***Ueber Chloroformbehandlung des Darmtyphus.*** *Von **Paul Werner**. (St. Petersburg. med. Wochenschr. 1892. 3. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 61.)*

Nachdem *Behring* gefunden, dass Typhusbacillen durch $^1/_2$% Lösung von Chloroform in einer Stunde getödtet werden, entschloss sich Verf., den desinficirenden Einfluss des Chloroforms auf den Darm bei Typhus zu prüfen und er unterzog in der Zeit vom November 1890 bis jetzt 126 Kranke der Behandlung mit Chloroform. Es wurde stets eine einprocentige Lösung von Chloroform in Wasser angewandt, von welcher 1—2 Esslöffel voll stündlich bis zweistündlich gereicht wurden, und zwar Tag und Nacht auf der Höhe der Krankheit. Bei Nachlass der Erscheinungen wurde noch 2—3stündlich 1 Esslöffel voll gegeben und so weiter bei verringerter Dosis, bis nach völliger Entfieberung nur noch einige Löffel täglich gereicht wurden. Der Gang der Krankheit unter der neuen Behandlung gestaltete sich folgendermassen: Von allen mit Chloroform Behandelten ist keiner gestorben. Die Zunge wurde in schweren Fällen wohl auch trocken und rissig, aber es bildete sich nicht mehr der schwärzliche übelriechende Belag in der Mundhöhle; der sonst immense Durst liess stets in 1—2 Tagen nach. Bestehender heftigster Durchfall nahm regelmässig von Tag zu Tag ab, der Meteorismus schwand, wo er bereits vorhanden war, oder bildete sich gar nicht aus. Bei keinem Kranken, der mit klarem Bewusstsein in die Behandlung trat, entwickelten sich die Erscheinungen von Seiten des Grosshirns, die man speciell als typhöse bezeichnet, wo sie vorhanden waren, schwanden sie nach 2—3 Tagen. Bei den mit Chloroform behandelten Typhösen fehlten fast ausnahmslos die Recidive und sonstige Zufälle während der Convalescenz. Das Chloroform ist nach Verf.'s Ansicht ein symptomatisches Mittel, aber eines, das die Hauptgefahr beim Typhus entweder vermeiden oder beseitigen lässt, wenn es noch rechtzeitig angewandt wird. Er ist überzeugt, dass es die Bildung der deletären Stoffe, der specifischen Zersetzungsproducte im Darm beseitigt oder wenigstens hindert. Damit wirkt es günstig einerseits auf den Darmprocess, andererseits als Schutz des Centralnervensystems. Nach seinen bisherigen Erfahrungen verordnet Verf. das Mittel mit Zuversicht auf völligen Erfolg, wenn der Kranke den 10. Tag nach der Erkrankung noch nicht überschritten hat und diese Zuversicht hat ihn noch keinmal getäuscht. Bei Kranken in der dritten Woche ist schon weniger Hoffnung auf günstige Wirkung vorhanden, doch sind auch dann noch viele Erfolge zu verzeichnen. Es ist übrigens seit Anwendung des Chloroforms bei den Patienten des Verf.'s kein Fall von Decubitus, ja nicht einmal von verdächtiger Hautröthung vorgekommen. Verf. hegt nach seinen Erfahrungen

den dringenden Wunsch, dass diese Behandlungsmethode in recht ausgiebiger Weise weiter geprüft werde.

878. ***Zur Behandlung der Diphtherie.*** *Von Dr. **Höring**, Stuttgart. (Memorabilien. 1892. H. 6. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 65.)*

Die auffallend günstige Wirkung, welche Verf. bei verschiedenen Geschwüren und Wunden durch Pyoctanin (Methylviolett) erhielt, veranlasste ihn, eine Anzahl von Diphtheriefällen mit diesem Mittel örtlich zu behandeln. Er trocknete zuerst die Fauces mit einem auf ein Holzstäbchen gewickelten Wattebäuschchen ab und betupfte dann die diphtherische Stelle mit einem zweiten kleineren in 3procentiger Pyoctaninlösung getauchten Wattebäuschchen. Der erste Fall schon überraschte dadurch, dass sehr heftige Schmerzen in den Ohren und beim Schlingen sofort nach der ersten Pinselung verschwanden; mit der zweiten Pinselung waren die Auflagerungen zerstört, die Kranke genas. Auch in den meisten übrigen Fällen echter schwerer Diphtherie liessen Schmerzen und Fieber bald nach, die Membranen wurden täglich kleiner und verschwanden in 3—4 Tagen. Meist schon nach der zweiten oder dritten Pinselung waren nur noch gelbe Randzeichnungen von der diphtherischen Platte sichtbar. Die Röthung und Schwellung der Schleimhaut verschwand bald, die Kranken bekamen bald wieder Appetit und konnten sehr früh das Bett verlassen. In keinem Falle bewirkte das Mittel unangenehme Erscheinungen; es macht keinen üblen Geschmack, beseitigt dagegen den Fötor. Es fand durchaus keine Aetzwirkung statt, die Oberfläche der mitgepinselten Schleimhaut blieb intact.

879. ***Ueber Sparteïnum sulfuricum als Herztonicum und Diureticum.*** *Von Dr. **Rhode**. (Berl. klin. Wochenschr. 1892. 32.)*

Das Alkaloid von Spartium genistae wurde als Sparteïn vor wenigen Jahren (1885 durch *Germain Sée*) als Diureticum empfohlen. *Nothnagel* gibt es als Sp. sulf. zu 0·01 bis 0·04 pro dosi, *Laborde* bis zu 0·25 pro die. Beide rühmen es. In der diesjährigen kurzen Besprechung *Rosenheim's* über die Indicationen neuerer Arzneimittel wird Sparteïn den Coffeïnverbindungen, der Adonis vernalis und der Convallaria, als überlegen bezeichnet und die diuretische Wirkung als besonders stark qualificirt. Mittlere Tagesdosis sei 0·1, mittlere Einzeldosis 0·02; bei stenocardischen Anfällen, Beklemmungen möge man 0·1 mehrmals täglich geben. Verf. hat bisher nie höhere Tagesdosen als 0·05 gegeben. Die harntreibende Wirkung fand er stets. Wie es die Verhältnisse des praktischen Arztes mit sich bringen, habe er seltener Sparteïn allein als in Verbindung mit Digitalis, Convallaria oder Strophantus verordnet. Gerade in solcher Verbindung wirkte es sehr gut — analog den vorzüglichen Compositionen der Laxativa. Diese Verbindung kleiner Gaben verschiedener Diuretica wurde in mehreren Fällen viele Wochen bei unveränderter gleicher Wirkung vertragen. Wiederholt trat die Diurese vollbefriedigend dann erst ein, wenn er Sparteïn zusetzte. Dann hat er auch Sparteïn rein für sich gegeben. Die Wirkung bei interner Darreichung von 0·01 vier- bis fünfmal am Tage war in 24 Stunden meist schon unverkennbar: vor Allem auffällig ist die Zunahme in der Spannung des Aortensystems, der dann bald auch Vermehrung des Harnes folgt. Bradycardie

ähnlich wie bei Digitalis hat er nicht beobachtet, wohl aber die Herstellung einer normalen Herzaction, wo solche durch Schwächezustände, z. B. starken Eiweissverlust oder in Folge von Influenza u. A. m., beschleunigt war. Von einigen 90 Schlägen ging mit Besserung der Qualität die Frequenz auf einige 70 herab und verblieb so ohne weitere Verlangsamung. Aber als einen ganz besonderen Vorzug vom Sparteïnum sulf. möchte er dessen leichte Löslichkeit in Wasser und seine Indifferenz im und zum subcutanen Gewebe anführen. Verf. hat eine ganze Reihe von subcutanen Injectionen mit zweiprocentiger Sparteïnlösung gemacht, niemals Reizzustände gesehen und selten über Schmerzempfindungen klagen hören. Die subcutane Injection lässt oft die Wirkung auf den Puls in wenigen Minuten erkennen. Die Eiweissausscheidung wird, nach Verf., nicht allein scheinbar durch Dilution geringer, sondern auch an sich durch directen Einfluss des Mittels auf die ersten Harnwege. Reines Stauungseiweiss schwindet oft gänzlich mit anderen Oedemen; bei einem 10jährigen Mädchen mit chronischer, oft recidivirender, seit Jahren bestehender leichter Nephritis war nach 24stündigem Gebrauch von Sparteïn das Albumen völlig geschwunden. Verf. empfiehlt daher das Sparteïn als ein ziemlich sicheres Herztonicum und Diureticum ohne excitirende Wirkung.

880. ***Ueber die Erfolge der Suggestivtherapie.*** *Von Dr. **Binswanger**, Kreuzlingen-Constanz. Congress f. innere Med. 1892.*

Eine kritische Umschau über die Heilerfolge des Hypnotismus, wie die eigenen Erfahrungen *Binswanger's* führen zu dem Resultate, dass die Erfolge nicht so bedeutend sind, dass das Gros der Aerzte sich mit dieser Heilmethode beschäftigen sollte. Selbst bei denjenigen Leiden, bei denen man eine Wirkung am ehesten voraussetzen sollte, den functionellen Neurosen (wirkt doch die Suggestion auf das Gehirn und somit auf alle Functionen, die vom Gehirn ausgehen, zuerst ein), lässt sie oft im Stiche, so in der Bekämpfung der Schmerzen und der Schlaflosigkeit. Schweren Schmerzattaquen gegenüber ist die Hypnose machtlos; *Binswanger* ist es nie gelungen, solche Patienten zu hypnotisiren. Kann der Schlaf erzwungen werden, so ist er ein ruhiger und erquickender und hinterlässt kein Gefühl von Eingenommenheit des Kopfes. Auch bei Hysterie und Neurasthenie gelingt die Hypnose sehr schwer, ist jedoch in Anbetracht, dass uns andere Mittel gegen das Leiden nicht zu Gebote stehen, zu versuchen. Eventuelle Erfolge sind stets nur temporär. Zur Ueberwindung der schweren Erscheinungen während der Entziehungscur bei Morphinisten wird die Suggestion besonders von *Wetterstrand* empfohlen, der 14 Fälle im Hause glücklich behandelt haben will. *Binswanger* möchte hier an Täuschungen durch die nicht genügend beaufsichtigten Patienten glauben — in der Anstalt habe er nicht das Geringste erzielt.

881. ***Ueber die Wirkung des Salipyrin.*** *Von Dr. **R. Hitschmann**. Aus der med. Abtheilung des Prof. Drasche. (Wien. med. Blätter. 1892. 16 u. 17. — **Prag**. med. Wochenschr. 1892. 31.)*

Verf. hat das von *Riedel* dargestellte, von *Guttmann, Hennig* und *Mosengeil* bereits erprobte Salipyrin auf der medicinischen Abtheilung des Prof. *Drasche* in Wien neuerdings auf seine therapeutische Verwerthbarkeit geprüft. Die antipyretische Wirkung dieses Mittels

erwies sich keineswegs als verlässlich, nur grosse, in kurzen Intervallen dargereichte Gaben, 3·0—6·0 in viertel- oder halbstündlichen Intervallen, hatten, falls sie überhaupt vertragen wurden, einen raschen, jedoch auch nicht anhaltenden Abfall der Temperatur zur Folge, kleinere Dosen erzeugten entweder gar kein oder nur ein geringes Sinken des Fiebers. Normale Temperaturen blieben durch das Salipyrin unbeeinflusst. Puls und Respirationsfrequenz blieben unverändert, der Blutdruck verringerte sich selten, und zwar nur nach Verabfolgung grösserer Dosen. Auch als Antirheumaticum sowohl gegen acute, als auch chronische Gelenksaffectionen, leistete es nicht das, was *Hennig* davon beobachtet haben will, und die bei Nachlass der Krankheitserscheinungen eintretende sehr reichliche Schweisssecretion belästigte die Kranken sehr. Ebensowenig kann Verf. nach seinen Erfahrungen Denjenigen beistimmen, welche das Salipyrin geradezu als Specificum gegen Influenza anpriesen, wiewohl er zugibt, manches die Krankheit begleitende Symptom damit beseitigt oder wenigstens gemildert zu haben. Die besten Erfolge wurden mit dem Mittel eigentlich bei Behandlung von neuralgischen Schmerzen erzielt. Ausser der bereits erwähnten profusen Schweisssecretion kamen in einzelnen Fällen noch andere lästige Nebenwirkungen, wie starke Kopfschmerzen, Aufstossen, Erbrechen und zweimal ein Arzneiexanthem zur Beobachtung.

882. ***Duboisinum sulfuricum bei chronisch geisteskranken Frauen.*** *Von Dr. **P. Nacke.** (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin. Bd. XLVIII, Heft 6. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 64.)*

Die Untersuchungen des Verf. bestätigen die Erfahrungen *Preisinger's* mit Duboisin, so dass es ausser Zweifel steht, dass in dem Mittel ein bedeutsames Sedativum und Hypnoticum uns gegeben ist. Um ein besonders richtiges Urtheil über die hypnotische Wirkung zu bekommen, wurde die Dosis um 10 Uhr Vormittags, zu einer für den Schlaf nicht physiologischen Zeit, gegeben; die Dosen für subcutane Einverleibung schwanken zwischen $^1/_2$ und 4 Mgrm., betrugen jedoch meistens 1—2 Mgrm. Absolut ohne Wirkung blieben auf 233 Injectionen 6 ($2^1/_2$%). Die Dosen zu 1 Mgrm. bilden mit 174 das Gros. Erfolg war vorhanden mit oder ohne Schlaf, welcher letztere nach 112 Injectionen (48%) beobachtet wurde. Meistens trat die Wirkung in der ersten halben Stunde ein, vielfach bereits nach 10 Minuten. In fast 47% dauerte der Schlaf 1—2 Stunden, dagegen wurde längerer Schlaf von 4—6 Stunden nur in 12% notirt, was sogar nach $^1/_2$ Mgrm. beobachtet worden ist. Beruhigung ohne Schlaf trat in 115 Fällen (= 50%) ein, was gewöhnlich in $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde erreicht wurde. Die Ruhe hielt nicht nur für den Tag, sondern auch für die Nacht an und erstreckte sich zuweilen noch weiter. Neben leichtem Brennen an der Injectionsstelle wurde meist normale Herzthätigkeit post injectionem constatirt und relativ selten deutliche Mydriasis. Appetit lag zuweilen darnieder, auch wurden Schwindel, Erbrechen, Kopfschmerz, Krämpfe in etwa $12^1/_2$% als unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet. Eine Angewöhnung schien bei subcutaner Injection nicht, wohl aber bei innerer Darreichung, die sich ebenfalls wirksam erwies, wenn auch in höherer Dosis, einzutreten. Auch selbst als reines

Hypnoticum bei ruhigen, aber schlaflosen Kranken bewährte es sich. Dagegen konnte ein Einfluss auf Verlauf der Krankheit nicht bemerkt werden. Nach dieser ersten Reihe wurde das Mittel noch weiter geprüft, so dass im Ganzen Verf. auf die Wirkungen von 1116 Injectionen und 1952 interne Dosen zurückblickt; der Ausfall der zweiten Reihe entsprach dem vorher mitgetheilten. Zugegeben muss werden ein gewisses Schwanken der Wirkung, z. B. schon bei kleinen Dosen, besonders bei subcutaner Anwendung beängstigende Erscheinungen. Man muss also eine möglichst zuverlässige Drogue haben, dann ist das Duboisinum ein zuverlässiges, weniger gefährliches Sedativum und Hypnoticum.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

883. ***Beitrag zur Lehre von der Atrophia uteri.*** *Von **Sigmund Gottschalk**, Berlin. (Samml. klin. Vortr. Nr. 49.)*

Wenn man eine grosse Zahl von gynäkologisch Kranken Jahre lang verfolgen konnte, gewinnt man leicht die Ueberzeugung, dass es kaum ein Organ gibt, welches so sehr in seinem Verhalten von der allgemeinen Körperbeschaffenheit abhängt, als der Uterus, und erscheint es daher nur natürlich, dass wir die Atrophie des Uterus als eine häufige Begleiterscheinung der Phthisis pulmonum und der Tuberculose anderer Organe antreffen. Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt aber in dem auf eine Reihe gut beobachteter und mit entsprechenden Epikrisen wiedergegebener Krankengeschichten gelieferten Nachweise, dass die genannte Atrophie relativ häufig auftritt unmittelbar und mittelbar nach Scharlach, Abdominaltyphus und acutem Gelenksrheumatismus. Verf. sucht nun diese Thatsache nach ihren anatomischen und pathologischen Gründen zu beleuchten und die diesfälligen klinischen Erscheinungen zu zeigen, was wieder in recht anschaulicher Weise an der Hand von gut feststehenden Beobachtungen geschieht. Auch über die allerdings nicht sehr erfolgreiche Therapie gibt Verf. recht interessante Winke, wobei er nebst der symptomatischen, den ätiologischen Momenten angepassten Behandlung vor Allem dem Kali hypermang. und dem Santonin ziemlich gute Erfolge zuspricht. *v. Buschman.*

884. ***Entfernung eines Pessarium occlusivum aus der Harnblase eines jungen Mädchens.*** *Von Dr. **Lohnstein**. Vortrag im Vereine f. innere Medicin zu Berlin. 13. Juni. 1892. (Der Frauenarzt. 1892. Juli.)*

Ein junges Mädchen kam in die Sprechstunde mit den Symptomen eines acuten Blasencatarrhs. Es klagte über Harnverhaltung und Incontinentia urinae. Blasen- und Dammgegend schmerzhaft, eiteriger Ausfluss aus der Urethra. Da eine Anamnese sich nicht eruiren liess, so wurde die Diagnose zunächst auf gonorrhoische Cystitis gestellt und eine dahin zielende Therapie eingeschlagen. Allein die Schmerzen steigerten sich am nächsten Tage noch mehr; Patientin empfand besonders beim Treppensteigen heftige Schmerzen. Nun kam Verf. auf den Gedanken, es könnte ein Fremdkörper in der Blase vorhanden sein, und auf seine dies-

bezüglichen Fragen gestand die Patientin, dass ihr Liebhaber ihr ein Occlusivpessar in die Scheide eingebracht habe, ohne dass dasselbe nachher wieder zum Vorschein gekommen wäre. Unmittelbar darauf hatten sich die Beschwerden eingestellt. Die Untersuchung der Genitalien ergab nun, dass das Occlusivpessar sich nicht in der Scheide befand, es musste demnach in der Blase sein. Die Kranke wurde tief narcotisirt, die Harnröhre mit dem *Simon*-schen Speculum dilatirt und versucht, den Fremdkörper mit einem Dilatatorium nachzuweisen. Allein dies gelang nicht. Verf. führte nun den Finger in die Harnröhre ein und es glückte ihm, den Fremdkörper im vorderen Abschnitt der Blase oberhalb der Urethra zu fühlen und das Pessar mit dem Finger herauszuholen. Dasselbe hatte eine platte, rhomboide Form angenommen und war mit Harnsalzen stark incrustirt. Die Patientin hatte noch zwei Tage lang leichtes Fieber. Dann waren alle Beschwerden geschwunden.

885. ***Ein Fall von Bleivergiftung durch eine im Knochen steckende Kugel.*** *Von* **Küster** *und* **Lewin.** *(Langenbeck's Arch. Bd. XLIII. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 34.)*

Ein 30jähriger Mann erhält einen Gewehrschuss in's Knie; die Kugel dringt in den Kopf der Tibia ein, macht aber keine Ausschussöffnung. Die Wunde heilt, und der Kranke bleibt bis auf eine mässige Beschränkung der Gebrauchsfähigkeit des Kniegelenks $17^1/_2$ Jahre lang vollkommen gesund. Dann erst beginnt eine Symptomenreihe, welche als einer chronischen Bleivergiftung angehörig erkannt wird, nämlich Anaemia saturnina mit grosser Schwäche, Koliken, Bleisaum am Zahnfleisch; im Urin wird bei jeder Untersuchung Blei nachgewiesen, niemals aber Eiweiss. Nach Ausmeisselung des ehemaligen Schusscanales findet sich Blei in zahlreichen kleinen Plättchen und staubförmigen Partikeln in den Knochen und das Periost eingefilzt, bildet sogar den Kern kleiner, bindegewebiger Knoten in der Umgebung des Knochens. Letzterer erscheint an der dem Einschuss gegenüberliegenden Stelle, wo er zweifellos stark von Bleitheilchen durchsetzt ist, auffallend weich. Nach der Operation dauern die Anfälle zunächst noch wochenlang fort, werden dann seltener und milder und verschwinden mit allen übrigen Symptomen der Bleivergiftung dauernd und vollständig. *Küster* bespricht sodann die Seltenheit des vorliegenden Falles und die Erklärung dieser nach so langen Jahren zu Stande gekommenen Intoxication. Er glaubt, dass es rein örtliche Veränderungen sind, welche, nach langen Jahren einsetzend, das Blei der Circulation zugeführt haben. Man muss annehmen, dass die Kugel schon beim Einschuss sich in zahlreiche Splitterchen zertheilte und dass die in den Knochen, das Periost und das umgebende Bindegewebe eingesprengten Bleitheilchen einen genügenden Reiz ausübten, um sich zunächst mit einem dichten Mantel neugebildeten Gewebes zu umgeben. Dieses neugebildete Gewebe wandelte sich in gefässarmes Narbengewebe um, welches auf Jahre hinaus die Bleitheilchen von einer Berührung mit dem Saft- und Blutstrom fernhielt. Ganz allmälig stellte sich dann die Vascularisation wieder her, und so kam die Vergiftung zu Stande. Im zweiten Theile der Arbeit gibt *Lewin* das Resultat chemisch-toxi-

kologischer Untersuchungen an. Es fand sich im Knochen metallisches Blei, während Bleisulfid nicht vorhanden zu sein schien. Im Knochenfett war kein Blei. Auch liess sich Bleihydroxyd und Bleicarbonat nicht nachweisen.

886. ***Zur aseptischen Wundbehandlung.*** *Von Prof. Dr.* ***Neuber,*** *Kiel. Vortrag mit Demonstrationen beim XXI. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin. (Allg. med. Central-Ztg. 1892. 60.)*

Verf. bezweckt im Wesentlichen zu zeigen, welcher Vereinfachungen die aseptische Wundbehandlung fähig ist. Er wendet keine antiseptische Irrigation mehr an; vor Schluss der Wunde wird mit kaltem Wasser ausgespült. Keine Drainage, auch nicht bei eingreifenden Operationen, wie Mammaexstirpation mit Ausräumung der Achselhöhle, sondern Anlegung einer festen Naht. Bei Amputationen wird temporäre Tamponade mit secundärer Naht gemacht, falls nicht sofort ein fester Wundverschluss mit versenkten Nähten ausgeführt werden kann. Das Fortlassen antiseptischer Ausspülung verringert die Wundsecretion und macht jede Drainage überflüssig, verhindert aber keineswegs die Heilung per primam. Letztere gelingt ihm auch ohne besonders geschultes Personal. Die Wunde wird mit feuchter, sterilisirter Gaze, deren Ränder scharf abgeschnitten sind, locker ausgefüllt und dann die Wundränder bis auf eine Lücke genäht, aus welcher ein Ende Gaze heraushängt. An diesem wird die ganze Gaze vor völligem Wundverschluss herausgezogen und Blutcoagula ausgepresst. Auf die Wunde kommt ein in sterilisirte Gaze gehüllter Schwamm, welcher mit Heftpflaster fixirt wird. Darüber einfache Watte und eine nicht sterilisirte Cambricbinde. Die Nachbehandlung ist sehr einfach. Gegen die Staubinfection schützt Verf. die Wunden durch häufiges Abspülen der Zimmerwände. Getrennte Operationszimmer für septische und aseptische Wunden.

887. ***Beobachtungen über Erbrechen durch Chloroformnarcose.*** *Von Dr.* ***Passet.*** *(München. med. Wochenschr. 1892. 23. — Centralbl. f. Chir. 1892. 35.)*

Verf. hat an Chloroformirten und an sich selbst (experimenti causa) die Beobachtung gemacht, dass mit den ersten Einathmungen von Chloroform durch den süsslichen Geschmack desselben eine starke Salivation eintritt, wie ja auch das häufige Ausspucken von copiösem Speichel im Beginne der Narcose allgemein bekannt ist. Dieser Speichelfluss entsteht durch directe Einwirkung der reizenden Chloroformdämpfe auf die Mundschleimhaut und hört mit der reflexaufhebenden Chloroformwirkung auf. Wird nun der reichlich abgesonderte Speichel verschluckt, so gelangt mit ihm auch eine gewisse Menge Chloroform in den Magen, welches dort Uebelkeit, Würgebewegungen und Erbrechen erregt; wird es ausgespuckt, so bleiben diese Erscheinungen meist aus. Hiernach empfiehlt Verf., den Patienten vor und im Beginn der Narcose darauf aufmerksam zu machen, den sich bildenden Speichel auszuspucken, und erinnert an die von *Lenewitoch* mitgetheilten Fälle von heftigem Erbrechen nach Chloroformnarcose, wo dasselbe durch Ausspülen des Organes mit $^1/_2$—2procentiger warmer Sodalösung sofort zum Stillstande kam. Da auch noch nach der Narcose mit der Exspirationsluft Chloroform ausgeschieden wird, das speichelabsondernd wirken kann, so darf auch späterhin der Speichel nicht verschluckt werden.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

888. ***Blepharospasmus nach Basisfractur.*** *Von Dr.* ***Leop. Müller.*** *Aus der Universitäts-Klinik d. Prof. Fuchs. (Wien. klin. Wochenschr. 1892. 19. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1892. August.)*

Ein 66jähriger Patient zog sich durch einen Sturz von einem 4 Klafter hohen Heuboden eine Basisfractur zu, die das linke Os petrosum traf und den N. facialis im *Fallopi*'schen Canal verletzte. Linkerseits bestand periphere Lähmung des Facialis, rechterseits Blepharospasmus. Das rechte Auge war krampfhaft geschlossen und wurde selbst im Momente des Nachlasses des Krampfes nicht geöffnet, sondern zeigte nur weniger tiefe Faltenbildung an der Haut der Lider und deren Umgebung. Auch passiv gelang es nicht, die Lider so weit auseinander zu bringen, um den Bulbus zur Ansicht zu bekommen. Wurde das linke Auge verbunden, so liess der Blepharospasmus allmälig nach und war in 2—3 Minuten behoben. Verf. glaubt, dass in diesem Falle der Blepharospasmus ein beiderseitiger war, der aber auf der linken Seite darum nicht zum Ausdrucke kam, weil der Facialis dieser Seite gelähmt war. Der Blepharospasmus musste als Erfolg eines von der linken Gesichtshälfte ausgegangenen Reflexvorganges betrachtet werden, und sehr wahrscheinlich sei es, dass irgendwo im Bereiche des linken Trigeminus ein Reizzustand sich fand, der auf den linken Facialiskern und weiter central eine reizende Wirkung ausübte, und dass bei der Verbindung, welche in der Innervation beider Orbiculares besteht, ein Lidkrampf rechterseits erzeugt wurde.

889. ***Ueber äussere Anwendung von Canthariden bei Nasen- und Halskrankheiten.*** *Von Dr.* ***C. Ziem.*** *(Monatsschrift f. Ohrenhk. etc. 1892. 6. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. med. Wissensch. 1892. 19.)*

Verf. empfiehlt neuerdings bei Nasen- und Halskrankheiten die Anwendung von Canthariden, nicht in der subcutanen Anwendung, sondern als ableitende Behandlungsmethode, und zwar eine Auflösung von Canthariden in Collodium: als Collodium cantharidatum. — Bei Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes soll vornehmlich die Regio retrobulbaris — die unmittelbar hinter dem Oberläppchen gelegene Partie, die nach hinten durch den Ansatz des M. sternocleidomastoid. an den Proc. mastoid. und nach vorn durch den aufsteigenden Ast des Unterkiefers begrenzt wird — damit bepinselt werden. — Die günstige Wirkung sucht Verf. weniger in nervösen, reflectorischen Einwirkungen, als vielmehr in einer Beeinflussung des Blut- und Säftestromes, der an dieser Stelle durch das Gefässgebiet der Art. und Ven. maxill. intern. und den Plexus pterygoid. und pharyng. mit den Venen des hintersten Abschnittes der Nase in Verbindung steht. — Bei längerer Anwendung des Präparates ist selbstverständlich dem Verhalten der Nieren Beachtung zu schenken.

890. ***Zur Diagnose der sympathischen Ophthalmie.*** *Von Dr.* ***Leopold Weiss.*** *(Arch. f. Augenhk. Bd. XXV. Heft 1 u. 2. — Allg. med. Central-Ztg. 1892.)*

Die Entscheidung, ob eine Entzündung, welche mehr oder weniger lange nach einer Verletzung des einen Auges auf dem

zweiten Auge auftritt, als eine sympathische Ophthalmie aufzufassen ist oder nicht, ist nicht selten schwierig, hat aber eine grosse praktische Bedeutung durch die Unfallversicherungen der Berufsgenossenschaften erlangt, indem selbstverständlich der Beschädigte eine wesentlich höhere Rente zu beanspruchen hat, wenn es feststeht, dass er durch die Verletzung des einen Auges auch an der Sehkraft des anderen Einbusse erlitten hat. Verf. theilt zwei hierher gehörige Fälle mit. In dem ersten handelte es sich um eine Neuritis optica mit Ausgang in Atrophie der Sehnerven und um vereinzelte chorioiditische Herde. Die Beurtheilung des Falles bot insofern Schwierigkeiten, als die Erkrankung sehr lange nach der Verletzung des ersten Auges auftrat und nicht, wie gewöhnlich, als Iritis, resp. Iridocyclitis begann. Indessen sind auch Fälle von „sympathischer Sehnervenatrophie“ mehrfach beobachtet und auch experimentell beim Kaninchen erzeugt worden, so dass Verf. die sympathische Natur der Erkrankung nicht bezweifelt. In dem zweiten mitgetheilten Falle traten nach Verletzung des einen Auges durch einen Stahlsplitter, der wahrscheinlich im Bulbus stecken geblieben ist, auf dem zweiten Auge capillare Hyperämie der Pupille und gelbe Herde in Netzhaut und Aderhaut auf, die suspect auf Albuminurie waren; letztere stellte sich dann auch zuerst periodisch ein und schliesslich kam es zur Ausbildung einer typischen Retinitis albuminurica. Verf. lässt die Frage offen, ob es sich hier um eine selbstständige, von der Verletzung des ersten Auges unabhängige Erkrankung des zweiten Auges oder um eine sympathische Affection handle. Nach den neuerlichen Darlegungen von *Schmidt-Rimpler* könnte man annehmen, dass in Folge der Verletzung des rechten Auges auf das linke ein Reiz übertragen worden ist, unter dessen Einfluss bei vorhandener Allgemeinerkrankung speciell der durch diese Allgemeinerkrankung bedingten Gewebsveränderung sich die krankhaften Veränderungen im zweiterkrankten Auge ausbildeten.

891. ***Zur Behandlung des Schichtstaars.*** *Von **Charles Wray**. (The Ophthalm. Review. 1891. September. — Centralbl. f. Augenhk. 1892. Juli.)*

Beim Schichtstaar empfehle es sich manchmal, dunkle Gläser, welche eine Pupillenerweiterung herbeiführen, oder, wo sie sich verbieten, statt ihrer den Gebrauch schwacher Mydriatica zu verordnen. Doch bergen letztere im mittleren Lebensalter immerhin einige Gefahr in sich und erfordern besondere Aufmerksamkeit. Wenn beide Augen gleiche Sehkraft besitzen und nicht gerade gänzlich unbrauchbar für praktische Beschäftigungen sind, operirt Verf. nur ein Auge. Da die Iridectomie immerhin noch eine gewisse Amblyopie zurücklasse, so hält er die Entfernung der Linse für das bessere Operationsverfahren, zumal die Linsentrübung mit der Zeit noch total werden könne. Jenseits des 30. Jahres stellen sich nur wenig Patienten mit Schichtstaar ein, weil sie sich meist mit ihrer geringen Sehkraft abgefunden haben. In diesen Spätfällen sei die Iridectomie vorzuziehen, vorausgesetzt, dass die dilatirte Pupille eine Verbesserung des Sehvermögens verspricht. — Für die operirten aphakischen Augen verordnet Verf. nurFerngläser, für Nahearbeit, wenn sie nicht anhaltend verrichtet wird, lässt er die Augen unbewaffnet.

892. ***Ein Augen-Zungen-Phänomen.*** *Von Dr.* **Beer.** *(Wien. med. Blätter. 1891. 27. — Centralbl. f. Augenhk. 1892. August.)*

An sich selbst stellte Verf. eine auffällige Mitbewegung des Auges mit der Zunge fest und machte eine ähnliche Beobachtung bei drei Fällen, von denen zwei an Einwärtsschieben, der dritte an einer Abducenslähmung litt. Der erste Patient, ein 7jähriger Knabe, sollte an den *Kroll*'schen stereoskopischen Bildern gymnastische Uebungen machen, vermochte aber Anfangs nur bei gleichzeitigem Hervorstrecken der Zunge die Bilder zu vereinigen. Nach wenigen Tagen der Uebung bedurfte das Kind des Kunstgriffes nicht mehr. Aehnlich ging es einem noch jüngeren Kinde. Der Patient mit der Abducensparese konnte die sehr deutlichen Doppelbilder nur durch Vorstrecken der Zunge verschmelzen. Bei nach links herausgestreckter Zunge geht der linke Bulbus um 1 Mm. über seine äusserste Grenzlage nach links und Patient vermag mit allein geöffnetem kranken Auge ohne Störung umherzugehen, was bei hereingehaltener Zunge sehr schwierig ist, ebenso verringert sich dann der Fehler bei den Greifbewegungen um circa 40 Procent.

Dermatologie und Syphilis.

893. ***Neue Beiträge zur Pathologie des männlichen Urethraltrippers.*** *Von Docent Dr.* **Samuel Róna.** *(Magyar orvosi Archivum. 1892, Heft 5. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 31.)*

Verf. hat drei Punkte zum Gegenstande seiner Untersuchungen gemacht: 1. Ausdehnung des typischen acuten Urethraltrippers. 2. Uebergangszeit des acuten Trippers auf den hinteren Theil der Harnröhre. 3. Umstände und Ursachen des Uebergreifens. Auf Grund zahlreicher Beobachtungen gelangt Verf. zu folgenden Ergebnissen: 1. Der acute typische Tripper ergreift in der Mehrzahl der Fälle (80 Procent) die ganze Urethra und nur in wenigen Fällen (20 Procent) verbleibt es bei einer Urethr. ant. 2. Das Uebergreifen des Trippers auf den rückwärtigen Theil der Urethra war bei 80—85 Procent der Kranken der beiden ersten Wochen schon zu constatiren; dieser, vor dreiwöchentlichen Erkrankung liegt also kein mechanischer Eitertransport zu Grunde. 3. Es scheint, dass weder innere organische, noch äussere mechanische Ursachen das Weitergreifen des Trippers verursachen, vielmehr schreitet die Erkrankung ihrem parasitären Charakter gemäss so lange fort, bis der Boden entsprechend ist. 4. Nach alldem kann die Urethritis posterior nicht als Complication der Urethritis anterior aufgefasst werden.

894. ***Die Beziehungen, welche zwischen den Alopecien der Keratosis pilaris und den sogenannten seborrhoischen Alopecien bestehen.*** *Von Dr.* **L. Brocq.** *(Annal. de dermat. et syph. 1892. Juli. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 65.)*

Verf. bespricht im Anschluss an die Krankenvorstellung eines an beginnender Keratosis pilaris und an Alopecie der behaarten Kopfhaut leidenden Kindes die bisher verhältnissmässig wenig beachteten Beziehungen zwischen Ichthyosis und Haarausfall. Seinen Auseinandersetzungen schickt er die klinischen Daten seines Krank-

heitsfalles voraus. Der 3jährige Kranke wird im April 1892 dem Verf. zur Behandlung überwiesen. Seine Mutter zeigt einen geringen Grad von Seborrhoea sicca der behaarten Kopfhaut ohne die geringste Alteration der Haare. Seit seinen ersten Lebensmonaten hat das Kind auf seiner behaarten Kopfhaut eine dicke, adhärente Fettmasse. Im Alter von sechs Monaten soll es ein Eczem gehabt haben. Der gegenwärtige Zustand ist besonders zwischen dem 12. und 18. Monat zur Erscheinung gekommen. Namentlich ist die Alopecie im Niveau der verticalen Linie ausgesprochen, welche die beiden Ohren verbindet. Die behaarte Kopfhaut ist mit einer weisslichen, trockenen, ziemlich adhärenten Masse bedeckt und leicht geröthet. Wenn sie gereinigt ist, so sieht man kleine alopecische Plaques, in deren Bereiche sie atrophirt, gleichsam narbig erscheint. Versucht man sie zu falten, so legt sie sich nach der Art der atrophischen Greisenhaut zusammen. Die kleinen haarlosen Plaques sind siebartig von kleinsten Oeffnungen durchbohrt. Die Haare in der Umgebung dieser Plaques sind normal. Vielfach sieht man um diese haarlosen Stellen herum kleine krustenbedeckte Knötchen, die sich an einzelnen Stellen zu Plaques von seborrhoischem Eczem gruppiren. Die Haut am Rumpf ausserordentlich trocken, mit kleinsten Pityriasisschüppchen bedeckt. An einigen Stellen, an welchen die Kleidungsstücke drücken, sind eigenartige Plaques. An den hinteren und seitlichen Theilen der Arme besteht eine deutliche Keratosis pilaris rubra. Die Palmarfläche der Hände ist geröthet, trocken, verhornt. An den Unterextremitäten besteht gleichfalls eine sehr markante Keratosis pilaris rubra, eine Desquamatio furfuracea und eine Trockenheit der Haut, die schon an einen leichten Grad von Ichthyosis grenzt. Die Behandlung besteht in Darreichung von Natrium arsenicosum, Pilocarpin, Einreibung mit 30 Procent „Glycérolé salicylique“. Der Kopf wird mit Seife gewaschen und mit einer Schwefelsalicylsalbe eingefettet. Am 18. Mai ist fast Alles geschwunden. Es handelt sich hier, nach *Brocq*, um keine der bekannten parasitären Alopecieformen, ebensowenig wie um die vom Verf. und *Quinquaud* beschriebene „Pseudopelade“ genannte Affection. Die hier vorliegende Alopecie ist vielmehr nach Verf. der Ausdruck einer Keratosis pilaris, obwohl das charakteristische circumfolliculäre Element zu fehlen scheint, dafür spricht trotz der fehlenden Knötchen die besondere Form der Alopecie, die Anordnung in kleinen narbigen Plaques, der langsame, progressive, unregelmässig sich ausbreitende Verlauf, die Coincidenz mit der Alopecia keratodes der Extremitäten, alles Argumente, die zu der Ansicht leiten, dass, wenn die Keratosis pilaris nicht der einzige ätiologische Factor der Kahlheit ist, er wenigstens einen grossen Antheil an der Entwicklung der Krankheit nimmt. Aehnliche Affectionen der behaarten Kopfhaut hat Verf. bei mehreren Kindern von 4—10 Jahren constatirt, die mit leichten Graden von Ichthyosis und Keratosis pilaris behaftet waren. Weshalb die perifolliculären Knötchen bei Kindern niedrigen Alters nicht zu sehen sind, das erklärt Verf. aus dem tiefen Sitz derselben an der Haarwurzel. Erst später kommen sie entweder als fleckförmige Röthungen oder als perifolliculäre leicht geröthete Erhabenheiten an die Oberfläche. In diese Kategorie gehört auch wahrscheinlich nach Verf.

das von *Taenzer* beschriebene „Ulerythema ophryogenes". Verf. stellt also eine neue Form der Alopecia areata auf, die entweder in Folge oder im Zusammenhang mit einer Keratosis pilaris der behaarten Kopfhaut entsteht.

895. ***Die Anämie bei hereditärer Syphilis.*** *Von Dr.* ***Johann Loos.*** *Aus der pädiatrischen Klinik des Prof. Escherich in Graz. (Wien. klin. Wochenschr. 1892. 19. Mai. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 63.)*

Verf. bespricht die Resultate der Untersuchung des Blutes von 16 hereditär syphilitischen Kindern. Dieselben hatten zum grossen Theil ein stark anämisches Aussehen, obwohl mitunter die vorhandenen Exantheme die thatsächliche Blutarmuth maskirten Der Hämoglobingehalt war fast stets vermindert, sogar bei anscheinend wohlgenährten, von der Mutter gesäugten Kindern. Die Resultate, welche sich aus den fleissigen Untersuchungen ergeben, fasst Verf. in folgenden Sätzen zusammen: „1. Die hereditäre Syphilis geht stets mit einer Anämie einher, welche unter Umständen eine colossale Intensität erreichen kann. 2. Diese Anämie ist ausgezeichnet durch Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen, durch ganz marcante Veränderungen der rothen Blutkörperchen, das Auftreten von Megalo- und Mikrocyten, durch das Erscheinen von kernhaltigen Erythrocyten, bisweilen in ganz ausserordentlicher Menge. Diese Anämie ist ausgezeichnet durch eine stets vorhandene Leukocytose, die sehr hohe Weite erreichen kann. Diese Anämie ist ausgezeichnet durch das Auftreten von Myeloplaxen im Blute." Verf. sieht in dieser Anämie das hauptsächlichste ätiologische Moment für die hohe Mortalität hereditär syphilitischer Kinder. Er kennt nur zwei Krankheitsformen im Kindesalter, bei denen ähnliche Blutveränderungen auftreten — die Anaemia splenica (die Anaemia infantum pseudo-leucaemica *v. Jaksch's*) und manche schwere Rachitisformen.

896. ***Recente maligne Syphilis des Nervensystems.*** *Von* ***Gilles de la Tourette*** *und* ***Hudelo.*** *(Ann. de dermat. et de syph. Juni 1892. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 57.)*

Der vorliegende Fall bietet in mancher Beziehung, besonders für die Prognose der Syphilis, ein grosses praktisches Interesse. Er zeigt viel mehr den Charakter der Malignität als der Gravidität, welche letztere gewissermassen den Begriff eines tödtlichen Ausganges in sich fasst. Die Krankengeschichte des Patienten ist kurz folgende: Ein 36jähriger, hereditär nicht belasteter Mensch, auch ohne besondere, auf Alkoholismus hindeutende Antecedentien, acquirirte im October 1890 Syphilisschanker wahrscheinlich auf einer Tonsille. Bald darauf Auftreten einer wenig intensiven Roseola, die unter sorgfältiger Behandlung weicht. Vom 7. November ab wird das ganze Nervensystem Schritt für Schritt befallen. Im November rechtsseitige Facialparese ohne andere erkennbare Ursache als die Syphilis. — Im April 1891, während der Patient eine energische Cur durchmacht, wird er von einer rechtsseitigen, allerdings nicht ganz vollständigen Hemiplegie befallen, der sehr heftige Kopfschmerzen vorausgegangen sind. Im August Schmerzen in der Regio lumbaris und die ersten Erscheinungen einer spasmodischen Parese mit Störungen des Sphincter vesicae und der Genital-

sphäre. Alles wird allmälig in Mitleidenschaft gezogen: die peripherischen Nerven, das Gehirn, Rückenmark trotz der Behandlung und Alles dies durch eine Syphilis, die mit sehr milden Erscheinungen begonnen hat, bei einem bisher wohlgenährten, keineswegs cachektischen Individuum. Die Fragen, warum gerade bei diesem Kranken die Lues einen so malignen Verlauf genommen hat, warum gerade das Nervensystem der Locus minoris resistentiae gewesen ist, dürften sich wohl schwer oder gar nicht beantworten lassen. Mit der Erklärung einer besonderen Prädisposition ist nichts gewonnen. Die specifische Behandlung hat in diesem Falle nur wenig genützt.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

897. ***Aphasie in Folge von Wassermangel im Gehirne.*** *Von* **Chouppe.** *(La Méd. moderne. 1892. 14. Juli.)*

In der „Société de Biologie" vom 7. Juli 1892 theilt Verf. ohne Commentar folgenden interessanten und lehrreichen Fall mit. Ein Mann wird auf offener Strasse ausgestreckt gefunden; er machte den Eindruck eines Schlafenden. Mit schwerer Mühe konnte derselbe aus der Erstarrung aufgerüttelt und mit Unterstützung zweier Leute in eine nahe Apotheke gebracht werden. Hier angelangt, ganz erschöpft, nahm er auf einem Sessel Platz. Auf an ihn gerichtete Ansprachen reagirte er mit verneinenden Kopfbewegungen, die Hand zum Munde führend. Für die Umstehenden galt er für taubstumm. Indessen bemerkte der Verf., dass der Kranke auf das geringste Geräusch den Kopf nach der Stelle bewegte, und dessen Augen auf gewisse Fragen sich belebten. Es war demnach nicht zu zweifeln, dass der Mann hören, aber nicht sprechen konnte, eine vollständige Aphasie. Bei dem Umstande, dass keine Hemiplegie bestand, erging sich der Verf. in Vermuthungen dieses Falles, bis er von dem Patienten selbst eine Aufklärung über seinen gegenwärtigen Zustand erhielt. Ueberzeugt, dass er sich mündlich nicht verständlich machen könne, zog er ein Billet aus der Tasche und übergab dasselbe dem Verf. Das Billet enthielt die Angabe, dass der Mann das Spital St. Antonie verliess mit der Diagnose: Polyuria simplex. Diese Angabe war in gewissem Sinne ein Lichtstrahl, und führte zur Annahme, ob nicht vielleicht der Status praesens mit einer bedeutenden Entwässerung des Blutes im Zusammenhang stünde. Der Verf. liess dem Kranken Wasser verabfolgen, von welchem er auf einmal fast zwei Liter gierig zu sich nahm. Nach Verlauf einiger Minuten gab der Kranke folgende Geschichte mit zwar leiser, aber deutlicher Stimme zum Besten. Aus dem Hospital ohne Mittel entlassen, ging er zu Fuss nach Courbevoix, um Arbeit zu suchen; er fand daselbst keine. Ohne Nahrung, und nur mit 1—2 Glas Wasser Getränk, machte er sich auf, um nach Paris zu kommen. Er konnte den Weg nur langsam zurücklegen, weil er sehr schwach und vom Durste äusserst gequält wurde, den er zu stillen nicht in der Lage war. So verging die Nacht, und er erreichte am Tage die Stelle la place

d'Étoile, wo er sich niederliess, um auszuruhen, verfiel aber in den Zustand, in welchem er von den Passanten gefunden und aufgerüttelt wurde. Nachdem der Kranke noch getrunken und sich etwas erholt hatte, wurde derselbe in das Hôpital Beaujou gebracht, um weiter beobachtet zu werden.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

898. ***Ueber eosinophile Zellen und Mastzellen im Blute Gesunder und Kranker.*** *Von Dr.* **P. Canon.** *(Centralbl. f. klin. Med. 1892. 33. — Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 10.)*

Die Menge der eosinophilen Zellen im Blute gesunder erwachsener Individuen beträgt nach Verf. ungefähr 2 Procent der Leukocyten. Bei Kindern scheinen besondere Verhältnisse obzuwalten. Bei einer Anzahl von chronischen Hautkrankheiten (Psoriasis, Prurigo, syphilitisches Exanthem, Eczem, *Addison*'sche Krankheit) wurde die Zahl der eosinophilen Zellen im Blute vermehrt gefunden. Es scheint weniger die Art der Hauterkrankung oder die locale Intensität derselben als die Ausdehnung des Krankheitsprocesses von Einfluss bei der Vermehrung der Eosinophilen zu sein. Eine wesentliche Abweichung von der Normalzahl wurde bei einem Asthmatiker, bei Morbus Basedowii, bei malignen Tumoren constatirt. Bei Sepsis war die Zahl der Eosinophilen vermindert, ebenso bei schweren acuten Infectionskrankheiten. Mastzellen (basophile), die bisher im normalen Blute nicht mit Sicherheit nachgewiesen waren, findet Verf. als constanten Bestandtheil. Das Verhältniss der Mastzellen zu den Leukocyten stellt Verf. mit 0·28 : 100 fest. Im kindlichen Blute scheinen die Basophilen vermehrt zu sein. Bei Hautkranken sind die Mastzellen im Blute in geringerem Grade vermehrt. *Neusser* (Wien. klin. Wochenschr. 1892. 3 und 4) hat in ähnlicher Weise bereits auf eine Beziehung zwischen Haut und Blut in dem angeführten Sinne hingewiesen.

899. ***Ueber methämoglobinbildende Gifte.*** *Von Dr.* **Paul Dittrich.** *(Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. XXIX. Heft 3 u. 4. — Centralblatt f. klin. Med. 1892. 35.)*

Bei dem genaueren Studium der Umwandlung des Oxyhämoglobins in Methämoglobin unter dem Einflusse pharmakologischer Agentien erheischte zuvörderst der Nachweis des Methämoglobins eingehende Untersuchung. Um krystallisirtes Methämoglobin möglichst rein zu erhalten, benützte Verf. mit Vortheil die Eigenschaft des Ammonsulfids, das Oxyhämoglobin bei mehrmaligem Umkrystallisiren besonders leicht in Methämoglobin umzuwandeln. Das Spectrum dieser Lösungen enthält nach Verf. nur 2 Absorptionsstreifen, den bekannten charakteristischen im Roth, $\lambda = 632$, und einen zweiten undeutlichen, dem ersten des O_2—Hb der Lage nach ungefähr entsprechend (bei der Wellenlänge 579—553). Zum qualitativen Nachweis diente nur der erste Streifen ($\lambda = 632$). Die methämoglobinbildenden Stoffe unterscheidet Verf. in 3 Gruppen: 1. Oxydirende Agentien: Ozon, Jod, Natriumhypochlorit, Chlorate, Nitrite, Nitrate (Nitroglycerin), nitrirte organische Substanzen und Azokörper. 2. Reducirende Agentien: Nascirender Wasserstoff, Palladiumwasserstoff, Pyrogallol, Brenzkatechin, Hydrochinon, Alloxanthin. 3. Indifferente Stoffe, d. h. weder oxydirende, noch reducirende, wie die Salze des Anilins, Toluidins, das Acetanilid, Acetphene-

tidin u. dergl. Unter den die Methämoglobinbildung begünstigenden Factoren steht die Wärme an erster Stelle, während die Concentration der Hämoglobinbildung anscheinend ohne Belang ist; auch begünstigt die Aufschliessung der Blutkörperchen den Process und mancherlei sonst indifferente Stoffe. — Ferner weist Verf. nach, dass auch bei der Entstehung des Methämoglobins aus reducirtem, venösem Hämoglobin das Oxyhämoglobin stets als nothwendige Zwischenstufe sich bilden muss Die vielfach gehegte Annahme, als ob Blutkörperchen lösende Substanzen vorzugsweise die Symptome der Methämoglobinämie hervorriefen, steht mit den Thatsachen nicht in Einklang. Da frei im Blut gelöstes Methämoglobin sehr rasch aus dem Kreislaufe verschwindet, so ist Auflösung der Blutkörperchen einer Anhäufung von Methämoglobin im Blute ungünstig. Vielmehr kommt, wie die Blutkörperchenzählungen beweisen, die Methämoglobinämie bei jenen Giften am deutlichsten zur Wirkung, welche das Stroma nicht alteriren. — Bei geringeren Graden von Methämoglobingehalt des Blutes ist daher eine Wiederherstellung des normalen Zustandes ohne Verlust an Blutkörperchen, also eine völlige Restitution der vordem methämoglobinbeladenen Blutkörperchen möglich. Bei schwerer Blutveränderung hingegen können die mit Methämoglobin beladenen Blutkörperchen nachträglich zu Grunde gehen.

900. ***Wie wirkt das per os oder Klysma in den Körper eingeführte Wasser auf die Secretion und Zusammensetzung der Galle.*** *Von* **Stadelmann.** *(Therap. Monatsh. 1891. Nov. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 34.)*

In der vorliegenden Abhandlung hat Verf. seine und seiner Schüler experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Wassers auf die Gallensecretion und ihre Beschaffenheit kurz zusammengestellt, um seine von den bisherigen Anschauungen erheblich abweichenden Ansichten auch in therapeutischem Sinne darzulegen. Verf. hat an zwei kräftigen Hunden mit Gallenfistel experimentirt, und zwar nicht im Hungerzustande und bei entleertem Darm, sondern abweichend von anderen Autoren bei kräftiger, fettfreier und reichlicher constanter Nahrungsaufnahme, um unter normalen Verhältnissen arbeiten zu können. Ausserdem fanden die Untersuchungen der Gallensecretion während grosser Zeiträume (24 Stunden) statt, so dass die Uebersicht über die Ausscheidungsverhältnisse auch an grösseren Quantitäten von Secret vorgenommen werden konnten. Zunächst ergaben einige Vorversuche an den Hunden, die im Stickstoffgleichgewicht sich befanden (im Gegensatz zu *Heidenhain* u. A.), dass die Gallensecretion keinerlei Regelmässigkeit besitzt, dass von einer Abscheidung zu bestimmten Tagesstunden, oder zu bestimmten Stunden der Verdauung gar nicht die Rede sein kann, und dass selbst Nahrungsaufnahmen, Körperbewegung und psychische Einflüsse im Allgemeinen von merkwürdig geringem Einflusse auf die Galle sind. Die Gallensecretion und Gallensäureproduction erleidet die grössten Schwankungen normalerweise durch bisher noch ganz unbekannte Factoren, welche wahrscheinlich mit den Zuständen im Tractus gastrointestinalis zusammenhängen und reflectorisch wirken (der Gallenfarbstoff schwankt dagegen wenig). Nach diesen Untersuchungen wurden

zunächst per os grosse Mengen Wasser eingeführt, wobei dafür gesorgt wurde, dass die Wasser- und Nahrungsaufnahme nicht direct zusammenfiel. Eine Steigerung der Gallenmenge wurde auch hier trotz grosser Wassermengen keineswegs beobachtet, auch zeigte es sich, dass die Temperatur des eingeführten Wassers keinen Einfluss hatte. Aber auch die Einführung des Wassers per Klysma war erfolglos, selbst wenn sehr grosse Mengen auf einmal in den Darm gelangten und wenn die Temperatur des Wassers eine niedrige war. Die Resultate der sehr zahlreichen Versuche sind also völlig negativ. Die Einfuhr von Flüssigkeiten in den Organismus hat keine cholagoge Wirkung. Wenn es trotzdem klinisch durch die Erfahrung von massgebender Seite festgestellt worden ist, dass kalte Eingiessungen grosser Wassermengen mehrmals täglich einen günstigen Einfluss auf den Icterus ausüben, so kann das nur so erklärt werden, dass der hierdurch verursachte starke Reiz reflectorisch den ganzen Darmtractus erregt und auch durch starke Contraction der grossen Gallenausführungsgänge das im Wege liegende Hemmniss für den Gallenabfluss beseitigt.

901. ***Ueber Fleisch- und Fettmästung.*** *Von* **Eduard Pflüger.** *(Arch. f. d. ges. Physiol. LII. 1 u. 2. — Schmidt's Jahrb. 1892. 8.)*

902. ***Die Ernährung mit Kohlehydraten und Fleisch oder auch mit Kohlehydraten allein in 27 von Pettenkofer und Voit ausgeführten Versuchen.*** *Beurtheilt von* **Eduard Pflüger.** *(Ibidem.)*

Nach Verf. sind die heute allgemein als richtig geltenden Grundbegriffe des Stoffwechsels, wie sie sich hauptsächlich aus den Arbeiten von *Voit* und *Pettenkofer* ergeben haben, zum grossen Theile irrig. Nachdem Verf. früher die Lehre *Voit's* von der Fettbildung aus Eiweiss kritisirt und, wie er glaubt, widerlegt hat, wendet er sich der Bedeutung der drei hauptsächlichsten Nährstoffe zu. Nach Verf. kann ein höheres Thier — ohne Beeinträchtigung seiner Leistungen — fast ausschliesslich mit Eiweissnahrung erhalten werden. Die Eiweissstoffe sind daher als Nahrung erster Ordnung, Urnahrung, zu bezeichnen. Nahrungsstoffe zweiter Ordnung, Surrogate, sind Fette und Kohlehydrate. Die ausschliessliche Zufuhr dieser Nahrungsstoffe kann das Leben nicht erhalten. Das Nahrungsbedürfniss, das heisst die kleinste Menge magersten Fleisches, welche Stickstoffgleichgewicht erzeugt, ohne dass Fett oder Kohlehydrat zur Zersetzung gelangt, waren bei Ruhe und mittlerer Temperatur (beim Hunde) = 2·073 Grm. N. Die Grösse dieses Nahrungsbedürfnisses ist durch das Fleischgewicht des Thieres bedingt und wächst mit diesem bei der Mästung in geradem Verhältniss. Die Eiweisszersetzung wächst auch dann mit der Zufuhr weiter, wenn letztere das Nahrungsbedürfniss übertrifft, obwohl immer ein Theil des Ueberschusses gespart wird. Die Menge von Fett oder von Kohlehydrat, welche im Stoffwechsel zersetzt wird, ist von der Menge des eingeführten Fettes, bezw. Kohlehydrates nicht abhängig; sie ist stets um so kleiner, je grösser die Eiweisszufuhr ist. Das Nahrungsbedürfniss wird also immer in erster Linie durch Eiweiss befriedigt. Erst wenn die gefütterte Eiweissmenge nicht ausreicht, werden Fette und Kohlehydrate zur Zersetzung herangezogen. Bei der Fettmästung mit

Eiweiss und Kohlehydrat muss man sich daher den Vorgang so vorstellen, dass nach Zersetzung des gesammten Eiweisses und derjenigen Menge Kohlehydrate, welche eventuell noch nöthig ist, um dem Nahrungsbedürfniss zu genügen, das überschüssige Kohlehydrat sich als Fett ablagert. Je mehr Eiweiss also zugeführt wird, desto mehr Kohlehydrat ist überschüssig und kann sich in Form von Fett ablagern. Das Kohlehydrat (und also auch das Fett) wird vom Eiweiss vor der Zersetzung geschützt und nicht, wie man bisher stets annahm, umgekehrt.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

903. ***Die Hinrichtung durch Elektricität in Amerika.*** Von **John S. Ely.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 32.)*

In einem „Aus New-York“ betitelten Feuilleton schildert Verf. auf Grundlage eines Vortrages von *Carlos F. Mc. Donald* Apparat und Verlauf der Hinrichtung durch Elektricität. Der Apparat bestand in den bisherigen Fällen aus einer stationären Dampfmaschine, einem Wechselstromdynamo, einem Cardew-Voltameter mit einem auf 30—2000 Volts bemessenen Extrawiderstande, einem Strommesser für Wechselströme von 0·10—3 Ampères, einer *Wheatestone*'schen Brücke, Rheostaten, Glockensignalen, den erforderlichen Leitungen, ferner einem Stuhl für den Delinquenten mit einer stellbaren Unterlage für den Kopf, Befestigungsgurten und zwei verstellbaren Elektroden. Der Dynamo war ein Wechselstromdynamo, wie er zur Bedienung von 750 Glühlampen von je 16 Kerzen Leuchtkraft verwandt wird, und war im Stande, eine elektromotorische Kraft von in maximo 2376 Volts zu erzeugen. Der viereckige, schwere eichene Stuhl mit hoher, leicht geneigter Rückenlehne und breiten Armstützen war sicher am Boden befestigt und in geeigneter Weise isolirt. Oben an der Lehne trägt eine Gleitschiene die Kopfelektrode, die andere Elektrode wurde, mit Ausnahme des ersten Falles, an der Wade angesetzt. Die beiden Elektroden bestanden aus glockenförmigen Filzen von ungefähr vier Zoll im Durchmesser mit einem hölzernen Handgriff, durch den der Länge nach der Leitungsdraht in das Glockeninnere geführt war. Der letztere endete in eine metallene Platte von 3 Zoll Durchmesser, die mit einer Schwammlage bedeckt war. Kopf, Arme, Brust und Beine des Delinquenten wurden mit breiten Gurten an den betreffenden Theilen des Stuhles befestigt. Maschine und Dynamo befanden sich in einem entfernten Theil des Gebäudes; der Strom wurde durch gewöhnliche Leitungsdrähte in den Hinrichtungsraum geführt, so dass alle diese Vorrichtungen dem Blick des Delinquenten entzogen waren. Der Delinquent wird nun an den Stuhl gebunden und die Elektroden angesetzt. Unmittelbar nachdem der Strom geschlossen war, verfiel der Körper in einen Zustand schwerer tetanischer Starrheit und verblieb in demselben, so lange der Strom einwirkte. Kein Schrei oder ein anderes Zeichen des Schmerzes oder irgend einer Empfindung wurde beobachtet. Dieser erste Contact dauerte in den verschiedenen Fällen verschieden lange (10—27 Secunden), doch wurde in allen

nach Unterbrechung des Stromes vollständige Lösung der Muskelstarre beobachtet. In mehreren Fällen fuhr das Herz nach dem ersten Contact fort, schwach und unregelmässig zu schlagen, und in zwei Fällen bestanden noch schwache Thoraxbewegungen, in keinem Falle dagegen war die geringste Andeutung einer Rückkehr des Bewusstseins vorhanden. Jedesmal wurde nach einer kurzen Pause, während welcher die Elektroden von Neuem befeuchtet und das Verhalten des Delinquenten genau beobachtet wurde, ein zweiter Contact von in der Regel etwas längerer Dauer als der erste hergestellt. Die gleiche Muskelstarre wiederholte sich augenblicklich und bestand während der ganzen Dauer des Contactes, um wie zuvor vollständiger Lösung der Starre nach Unterbrechung des Schlusses Platz zu machen. Auf diese Weise wurde in den verschiedenen Fällen zwei- bis viermal der Contact wiederholt mit einer durchschnittlichen Dauer von 17 Secunden. Der von dem Voltameter angezeigte elektromotorische Widerstand variirte in den verschiedenen Fällen zwischen 1458 und 1716 Volts, während der Stromesser eine Stromstärke von 2—7 Ampères anzeigte. Als bemerkenswerthes Factum bei allen diesen Executionen trat die ausserordentlich kurze Zeit hervor, die sie in Anspruch nahmen. Die Zeit, welche mit den Vorbereitungen — Binden, Ansetzen der Elektroden etc. — hinging, betrug ungefähr zwei und eine halbe Minute. Es konnte nach dem ersten Contact kein Zeichen von Wiederkehr des Bewusstseins beobachtet werden, so dass diese Zeit als die Gesammtdauer der eigentlichen Hinrichtung angesehen werden kann. Die gesammte Zeit, von dem Augenblick, wo der Delinquent den Hinrichtungsraum betrat, bis zum Moment des Eintrittes des Todes betrug längstens acht Minuten und kürzestens drei und eine halbe Minute, während die Execution durch Hängen gewöhnlich 15 bis 30 Minuten dauert. In keinem Falle liess das Verhalten des Delinquenten irgend welche Zeichen des Schmerzes erkennen, und Zeugen der Execution bekunden, dass zwischen dem Schliessen des Stromes und dem Eintritt des Todes kaum so viel Zeit verfliesst, wie nöthig wäre, damit ein Eindruck die Empfindungsleitung zum Gehirn durchläuft, so momentan trat augenscheinlich der Tod ein. Nach Dr. *Mc. Donald* ist diese Hinrichtungsart die „sicherste, schnellste, wirksamste und am wenigsten schmerzhafte, die bis jetzt ersonnen ist".

904. ***Das Coffeïn und das Kaffeedestillat in ihrer Beziehung zum Stoffwechsel.*** *Von* ***Wilh. Heesland.*** *(Pflüger's Arch. Bd. LII, pag. 165. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 57.)*

Bei dem grossen Verbrauche des Kaffees (im deutschen Reiche laut des statistischen Ausweises 1890 jährlich 110 Millionen Kgrm. oder 2·39 Kgrm. auf den Kopf) erschien dem Verf. die Frage nach der Wirkung des Kaffees auf den Organismus einer eingehenden Untersuchung umsomehr werth, als die Ansichten der verschiedenen Forscher über den Einfluss auf den Stoffwechsel ziemlich auseinandergehen. Während *Liebig, Rochleder, Payen* u. A. den Kaffee für ein directes Nahrungsmittel ansahen, hielten *J. Lehmann* und *Rabuteau* denselben nur für ein indirectes Nahrungsmittel, dagegen leugneten *Frerichs, Hoppe-Seyler, Voit, Roux* jeden Nährwerth des Kaffees, und

namentlich die beiden letzten Forscher zogen aus ihren Versuchen den Schluss, dass der Kaffeeaufguss eher eine Vermehrung als eine Verminderung des Stoffumsatzes bewirke. Verf. hat nun unter Leitung von *Binz* durch Respirationsversuche den Sauerstoffverkehr des Thieres, also die Grösse der Oxydationen, unter Einfluss des Coffeïns (subcutane Injection) eingehender untersucht. Als Versuchsthiere dienten starke Kaninchen; der Sauerstoffverbrauch wurde mit einem modificirten *Regnault-Reiset*'schen Apparate bestimmt. Nach den angestellten Versuchen ist der Kaffee, insoweit sein Alkaloid, das Coffeïn, in Betracht kommt, weder ein Nahrungs-, noch ein Sparmittel, sondern er wirkt vielmehr anregend und beschleunigend auf den Stoffwechsel. Die Wirkung des Coffeïns tritt fast sofort nach der Einspritzung ein, ist jedoch nicht von längerer Andauer, sondern schon nach 2 – 3 Stunden wieder verschwunden. Bei weiteren Versuchen wurde ein mittelst überhitztem Dampf aus geröstetem Kaffee erhaltenes Destillat (das eine Mal aus 30 Grm. feingemahlenem Kaffee 30 Grm. Destillat, das andere Mal aus 22 Grm. Kaffee 10 Grm. Destillat) subcutan injicirt bei sonst gleichem Apparate. Nach diesen Versuchen sind die mit überhitzten Wasserdämpfen erhaltenen flüchtigen Bestandtheile des gerösteten Kaffees (Caffeol) ohne ersichtlichen Einfluss auf den gesammten Stoffwechsel; jedenfalls ist eine Verminderung des Stoffwechsels auszuschliessen. Es ist somit der Kaffee aus der Reihe der directen, sowie der indirecten Nahrungsmittel zu streichen und seine Wirkung allein auf die Erregung des Nervensystems zu beschränken. Dieser anregende Einfluss auf die Nervencentren ist wohl der einzige Grund für die gewaltige Verbreitung und den ungeheueren Verbrauch des Kaffees.

905. ***Ueber Hitzschlag.*** *Von Dr.* ***Kaut.*** *(Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesver. 1892. 18 u. 19. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 63.)*

Zum Unterschiede von Sonnenstich, der auf directe Einwirkung der Sonnenstrahlen auf den ruhenden, meist unbedeckten Körper zurückzuführen ist, und vom Wärmeschlag, der auf lange dauernder Einwirkung abnorm hoher Temperatur gerade ohne directe Sonnenbestrahlung beruht, gehört zur Entstehung des Hitzschlages nach Verf. vor Allem hohe feuchte Temperatur, sowie angestrengte Muskelarbeit. Dadurch wird die Wärmeausgabe bei erheblicher Steigerung der Wärmeeinnahmen erschwert. Bei der Häufigkeit, mit welcher diese beiden Momente gleichzeitig vorhanden sind, ist die relative Seltenheit des Hitzschlages bemerkenswerth. Andererseits kommen bisweilen in Bezirken, in denen Jahre lang kein Fall von Hitzschlag bekannt geworden ist, in kürzester Zeit Serien von Todesfällen von Hitzschlag zur Cognition. Die Erklärung hierfür sucht Verf. vorderhand in dem zufälligen Zusammentreffen der oben erwähnten Factoren mit einem dritten (individueller Disposition, Herabsetzung der individuellen Widerstandsfähigkeit). — Die oben genannten Momente traten in excessiv hohem Grade zusammen, um in einem Bezirk von 10.000 Seelen in zwei Tagen 10 Fälle von Hitzschlag zu zeitigen. Von diesen erkrankten 9 fast zu derselben Stunde und erlagen $1/2$ bis 8 Stunden darauf. Es waren 4 Männer und 6 Frauenzimmer im Alter

von 17—68 Jahren; die meisten — 8 — standen im kräftigsten Alter zwischen 18 und 30 Jahren und nur 2 waren über 60 Jahre alt. Sie hatten alle den Tag vor ihrer Erkrankung anstrengend gearbeitet und begannen am Erkrankungstage schon Morgens zwischen 2 und 3 Uhr die Arbeit (Mähen, Zusammenrechen und Aufladen von Heu). Mit Ausnahme von 2 hatten alle zwei Feiertage zwei Tage vor ihrem Tode solid zu Hause zugebracht und keine schwächenden Excesse begangen. Alle haben während der Arbeit reichlich Flüssigkeiten zu sich genommen, und zwar Obstmost und Wasser, also keine alkoholreichen Getränke. Nur ein 68jähriger Mann hatte Schnaps, ein Knecht und ein Mädchen hatten Bier getrunken. Es lag also weder in der Lebensweise vor der Erkrankung (mit Ausnahme von 2), noch im Verhalten während der Arbeit, vielleicht nur mit zwei Ausnahmen, die Ursache, dass gerade die Verstorbenen der Hitze zum Opfer fielen, welcher doch noch Hunderte von Feldarbeitern am kritischen Tage zugleich ausgesetzt waren. Bei 9 Personen lagen, wie Verf. nachweisen konnte, constitutionelle Leiden (Folgen von Alkoholismus, Rheumatismus, Herzkrankheiten, Folgen sexueller Ausschweifung etc.) vor, welche als prädisponirendes Moment in Betracht kommen. Immerhin lässt sich nicht recht erklären, warum von den Hunderten von Feldarbeitern, bei welchen zur Zeit die oben erwähnten drei die Entstehung des Hitzschlages begünstigenden Momente gleichfalls wirksam waren, nicht einer der gleichen Krankheit zum Opfer fiel. Wahrscheinlich kommt nach Verf. noch ein vierter Factor in Betracht, der gänzlich unbekannt, entweder in aussergewöhnlichen atmosphärischen oder tellurischen Verhältnissen liegt, oder vielleicht auch ein Infectionsstoff irgend welcher Art ist. — Da man praktisch somit weder mit diesem, noch auch mit dem atmosphärischen Factor rechnen kann, so ist man in prophylaktischer Hinsicht auf eine möglichst energische Ausscheidung der beiden anderen Factoren beschränkt. Dies wird erreicht, indem man bei schwülem Wetter die Erntearbeiten möglichst auf die frühen Morgenstunden beschränkt, angemessene Ruhepausen zwischen der Arbeit machen, viel alkoholfreies, aber doch excitirendes Getränk (Kaffee oder Thee) trinken lässt, den Arbeitern möglichst viel Schlaf gewährt und sie vor körperlichen Excessen warnt.

906. ***Die Hauterkrankungen der Anilinarbeiter.*** *Von Dr. **A. Blaschko.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 45 u. 46. — Schmidt's Jahrb. 1892. 8.)*

Die staatlich aufgestellten Verzeichnisse giftiger Farben leiden an einer gewissen Ungleichheit und Unsicherheit, die darauf zurückzuführen ist, dass wir bis jetzt eine allgemein giltige Grundlage für die Beurtheilung der Giftigkeit oder des Giftigkeitsgrades von Farbstoffen noch nicht besitzen. Auszuscheidende Hautaffectionen sind zunächst: 1. Die Anilinfärbungen der Haut der Arbeiter durch den sich in der Hautflüssigkeit lösenden Staub der Anilinfarbstoffe. 2. Die Allgemeinvergiftungen durch Einathmung von Anilin-, Nitrobenzol- und Dinitrobenzoldämpfen, die sich ausser durch unter Umständen sehr bedrohliche Allgemeinerscheinungen auf der Haut durch eine sich manchmal bis in's Tiefblauschwarz steigernde Cyanose bemerklich machen, die für die Anilinvergiftung

pathognomonisch und auf Zersetzung des Oxyhämoglobin zurückzuführen ist. Da jetzt bei der Fabrication der Anilinfarben kein Arsen mehr verwendet wird, so fallen die früher häufiger auf dieses zurückzuführenden Hautaffectionen weg. Die Erforschung der Ursachen der in directem Zusammenhang mit der Anilinfarbenfabrication stehenden Hautkrankheiten stösst auf grosse Schwierigkeiten, besonders auch wegen der Menge der in Betracht kommenden Roh- und Zwischenproducte. Eine typische Fabrikskrankheit der Anilinarbeiter, die Hyperidrosis manuum, ist auf das Bürsten der Hände mit Chlorkalk und Soda zurückzuführen, womit die Arbeiter ihre gefärbten Hände zu reinigen suchen. Die chemische Reizung wirkt um so heftiger, als dabei auch mechanisch die obersten Epidermislagen abgeschabt werden. Die Hände sind dabei gedunsen und schmerzend, oft noch mit Farbstoff tingirt und triefen förmlich von Schweiss, dazwischen eczematöse, am Handrücken meist scharfrandige, bläschentragende, nässende oder trockene, schuppende und rissige Plaques. Selbst Ulcerationen finden sich öfter. In zwei Fällen waren wohl in Folge secundärer Eiterinfection auch Pusteln nud Furunkel vorhanden. Ausserdem ist den Anilinarbeitern eigenthümlich eine acute Dermatitis, die sich zunächst als Erythem charakterisirt, mit manchmal ganz colossalem Oedem namentlich der Hände, des Gesichtes, der Ohren, des Penis und Scrotum und sich zu bullöser Dermatitis steigern kann. Typisch ist der erythematöse Charakter der Dermatitis, ihr acutes, fast blitzartiges Einsetzen, ihr Ausgang von den frei liegenden Hautpartien, welche auch die am meisten betheiligten bleiben, die häufige Localisation am Präputium und Scrotum, der cyklische Ablauf und die bleibende Idiosynkrasie gegen das schädigende Moment. Diese Dermatitis scheint einzig auf die Beschäftigung mit den fertigen Farbstoffen zurückzuführen zu sein, die in diesem Falle nicht als Aetzmittel, sondern als Gifte wirken, dies aber nur bei einzelnen Personen, bei denen eine Idiosynkrasie gegenüber den betreffenden Körpern angenommen werden muss.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

907. *Zur Cholerabehandlung.*

*Von Dr. **F. Urbaschek**, Wasserheilanstalt Mürzzuschlag.*

(Original-Mittheilung.)

Es ist jetzt gerade der richtige Zeitpunkt, wieder Umschau zu halten über bewährte Mittel gegen die Cholera oder wenigstens über Heilmittel, von denen sich etwas gegen diese Seuche erwarten lässt.

Unter allen diesen Heilmitteln ist der Wassercur viel Vertrauen entgegen zu bringen, sowohl in Betreff der Verhütung als der Behandlung der Cholera in all ihren Stadien. In Betreff der Verhütung wird eine rationelle Wassercur oder Wasserbehandlung, besonders die nasse Abreibung oder das Leintuchbad, einen Nutzen gewähren, sowohl zur Abhärtung oder zur Erhöhung der Widerstandsfähigkeit gegen Erkältungen, die besonders zur Zeit einer

Cholera zu vermeiden sind, weil sie Magen- und Darmcatarrhe verursachen können, als auch werden die Abreibungen, wie schon in diesen Blättern erwähnt, nebst Sitzbädern die beste Wirkung äussern bei Choleradurchfall und allen Formen und Stadien der Cholera.

Aber nicht nur Abreibungen, Sitzbäder, Halbbäder und Sturzbäder werden unser vollstes Vertrauen verdienen, sondern auch die feuchte Leibbinde. Zur Cholerazeit sollte Jeder, dessen Verdauungsthätigkeit nicht ganz in Ordnung ist, wenigstens während der Nacht die feuchte Leibbinde oder *Priessnitz*-Binde tragen, auf welche am Morgen bei Abnahme derselben eine kalte Waschung (es ist zweckmässig, dem frischen Wasser etwas Essig hinzuzusetzen) des von der Binde bedeckten Unterleibes, und wo möglich des ganzen Körpers rasch im entsprechend erwärmten Zimmer mit nachfolgender Frottirung zu geschehen hätte.

Die Wirkungsweise der feuchten Leibbinde lässt sich im Allgemeinen in dieser Weise erklären. Beim Anlegen des feuchten Theiles derselben wird durch die niedrige Temperatur eine Erregung der bedeckten sensiblen Hautnerven erzeugt, sobald aber der feuchte Theil trocken bedeckt ist, findet auch schon die Erwärmung der Binde statt, wobei durch die Wärme wieder ein Hautreiz ausgeübt wird. In Folge dieser doppelten Erregung wird eine Gefässerweiterung in der von der Leibbinde bedeckten Hautpartie hervorgerufen, wodurch diese blutreicher wird, und zwar auf Kosten des Blutgehaltes der Verdauungsorgane, die im catarrhalischen Zustande zu viel Blut führen. Sobald aber der übermässige Blutgehalt in diesen Organen abnimmt, so geht auch schon die Hauptbedingung dieses Schwächezustandes derselben zurück, der Catarrh lässt allmälig nach und die normale Verdauungsfunction nimmt in gleichem Masse zu. Unter Umständen, zumal bei Tage, kann als theilweiser Ersatz der feuchten Leibbinde die trockene Leibbinde getragen werden, aber es ist klar, dass diese, welcher die Wirkung der feuchten Kälte und der feuchten Wärme abgeht, jene vorzügliche Wirkung der feuchten Leibbinde nicht haben kann. Noch sei erwähnt, dass, wenn die feuchte Leibbinde nicht ein Gefühl der Wärme, sondern eher ein Frösteln erzeugen sollte, dieselbe abzunehmen und der Magen und Unterleib mit nasskalter Hand oder mit einem spirituösen Mittel gut zu reiben wäre, worauf wieder die Leibbinde angelegt und mit einer undurchdringlichen Lage von Wachstaffet oder Guttaperchapapier bedeckt wird.

Während nun die feuchte Leibbinde sowohl für die Verhütung als auch bei der Behandlung der Cholera von grösstem Nutzen erscheint, sei hier noch ein anderes Mittel erwähnt, welches auch zur Wasserbehandlung gehört und bei der Behandlung der Cholera die grössten Dienste leisten kann. Es sind dies die kalten Einspritzungen in den Mastdarm, die Klystiere. Beide Mittel, Leibbinde und Klystiere, haben sich schon in den grossen Cholera-Epidemien 1830, 1855, 1866 und 1872 in günstigster Weise bewährt, und ein nicht zu unterschätzender Vortheil liegt auch darin, dass sie von Jedermann angewendet werden können, ohne Beihilfe eines Arztes.

Der empirische Erfolg ist auch hier wie bei der Behandlung vieler anderer Krankheiten der wissenschaftlichen Begründung

vorausgegangen; seitdem aber durch *Koch* die Lebens- und Existenzbedingungen des Kommabacillus bekannt geworden sind, lässt sich auch auf Grund dieser Kenntnisse die wohlthätige Wirkung der kalten Darmeinspritzungen erklären.

Von den Darmeinspritzungen mit frischem, kaltem und selbst mit Eis etwas abgekühltem Wasser ist in mehrfacher Hinsicht bei der Behandlung der Cholera Erspriessliches zu erwarten. Das kalte Wasser wird, da der Darmcanal bei der Cholera, besonders in den schweren Formen derselben, im Zustande einer entzündlichen Reizung sich befindet, was sich selbst an der Leiche unter der Darmschleimhaut durch eine starke Gefässinjection, die selbst stellenweise wie eine blutige Suffusion erscheint, zu erkennen gibt und im Leben noch viel ausgesprochener sein muss, antiphlogistisch wirken, und zwar direct im Dickdarme und im Dünndarme indirect durch Zusammenziehung der Gefässe in Folge des Reflexes, und wenn diese Darmeinspritzungen sehr oft geschehen, so wird auch diese antiphlogistische Wirkung eine nachhaltige sein. Die nächst bedeutsame Wirkung dieser Antiphlogose wird sein, dass die Gefässinjection etwas zurücktritt und die Venen anschwellen, und in dem Moment der Anschwellung nicht nur die Transsudation nachlassen, sondern auch schon die Resorption des soeben eingespritzten Wassers beginnen wird. Eine weitere Folge wird sein, dass mit dem Anschwellen der Venen und mit dem Nachlassen der Transsudation auch die seröse Durchtränkung der Darmmuscularis und mithin auch die Schwächung derselben wird abnehmen müssen, denn es ist als gewiss anzunehmen, dass die Schwächung und selbst Lähmung der Darmmuscularis in den schweren Cholerafällen nicht nur durch directe Einwirkung des Choleragiftes, sondern auch in Folge der serösen Durchtränkung zu Stande kommt. Ferner können wir mit Recht erwarten, dass durch die Einwirkung des kalten Wassers auf die Darmfläche, welche eine Temperatur von 39—41° C. zeigt, ein mächtiger Reiz auf das gesammte Nervensystem und dadurch auch auf das Herz und das Gefässsystem ausgeübt werden wird, wodurch dieses in erhöhte Thätigkeit versetzt werden kann, denn durch das Zusammentreffen von Temperaturen von grossen Unterschieden können wir mächtig reizen, und bei der schweren Cholera sind mächtige Reize nothwendig.

Da ferner nach Prof. *Armanni* vorzugweise das Colon und das Cöcum vom Mikrob angegriffen sind, so können wir weiters mit Recht von den kalten Darmeinspritzungen erwarten, dass die von kaltem Wasser getroffenen Commabacillen in ihrem Gedeihen und in ihrer Wucherung zerstört und durch den auf diese Weise im Darmcanal „stattfindenden “Wechsel der Temperaturen ihre pathogenen Eigenschaften verlieren werden, denn *Koch* und *van Ermengen* haben nachgewiesen, wie Kälte und besonders der Wechsel von Temperaturen diesen Bacillen schädlich sind.

Werden nun diese kalten Darmeinspritzungen fleissig fortgesetzt, so ist der Schluss gerechtfertigt, dass die Schädlichkeit der Commabacillen während der 24—48 Stunden, welche Zeit denselben als Lebensfrist im Darmcanale gegönnt ist, wenigstens in

dem Darmtractus, welcher von dem kalten Wasser berührt wird, so lange wesentlich vermindert werden wird, bis sie selbst aus dem Körper ausgestossen werden. Es ist ferner nicht zu verkennen, dass durch die Kälte des oft eingespritzten Wassers ebenfalls wenigstens in dem von dem kalten Wasser berührten Theile des Darmes dem Zersetzungsprocesse und daher auch dem Choleratyphoid eher vorgebeugt werden kann.

Wir sehen daher, dass die kalten Darmeinspritzungen bei der Cholera zu Folgendem wesentlich beitragen können:

1. Zur Abschwächung und Unschädlichmachung der Commabacillen.

2. Zur Abschwellung der Darmgefässe, wodurch einerseits die Transsudation vermindert und anderseits die Wasserresorption wieder eingeleitet und daher der Blutentwässerung vorgebeugt werden kann.

3. Zur Verminderung der serösen Durchtränkung der Darmmuscularis, wodurch die Gefahr der Schwächung oder Lähmung derselben zum Theile beseitigt werden kann, und daher dieselbe die Kraft behält, den Darminhalt und mit diesem die Bacillen auszustossen; denn *Romberg*, *Scaniger*, *Lübstorff* u. A. wollen aus ihren Beobachtungsreihen sogar den Schluss ziehen, dass bei reichlichen Entleerungen sogar ein besserer Ausgang zu erwarten ist, als bei spärlichen, und dass der tödtliche Ausgang durch Hemmung der Entleerungen nicht abzuhalten ist. Nur muss eben für den Ersatz des durch die Entleerungen verlorenen Wassers gesorgt werden, was durch vieles Trinken von mit Salzsäure versetztem Wasser und durch zahlreiche Darmeinspritzungen angestrebt werden sollte, denn der Darmcanal ist das eigentliche Resorptionsorgan, nicht die Haut bei den Kochsalzsuffusionen.

4. Zur Anregung der Herz- und Gefässthätigkeit, wodurch der Blutkreislauf und der Stoffwechsel befördert und das Choleragift eher zur Ausscheidung gebracht werden kann.

5. Zur Hemmung des Zersetzungsprocesses des im Darme befindlichen Inhaltes.

Nach allem diesem haben wir von der feuchten Leibbinde und von den kalten Darmeinspritzungen bei der Behandlung der Cholera einen Nutzen zu erwarten, der nicht zu unterschätzen ist, und ein wesentlicher Vortheil dabei ist, dass diese Mittel Jeder leicht in Anwendung bringen kann.

Wenn wir dann noch die schon oben erwähnten hydrotherapeutischen Hauptmittel, die feuchte Abreibung, die feuchte und trockene Einpackung, das Sitzbad, das Sturzbad u. s. w. in Anwendung bringen und diese Mittel durch zweckmässige Medicamente noch unterstützen, so wird, wie zu erwarten, der entsprechend günstige Erfolg nicht ausbleiben. Verf. hat bei der Cholera 1872 durch diese combinirte Behandlung recht glückliche Erfolge erzielt.

Literatur.

908. ***Real-Lexikon der medicinischen Propädeutik.*** *Anatomie, Physiologie, Histologie, pathologische Anatomie, allgemeine Pathologie, Bacteriologie, physiologische Psychologie, medicinische Chemie, Physik und Zoologie. Repetitorium für praktische Aerzte und Studirende. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachgelehrten herausgegeben von Dr.* ***Johannes Gad,*** *a. o. Prof. der Physiologie an der Universität Berlin. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. 1. Lieferung. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg, 1893.*

Es ist kein Zweifel, das stolze Gebäude der modernen ärztlichen Kunst konnte nur in dem Masse aufgeführt werden, als die theoretischen Doctrinen demselben hierzu die Grundlage boten. Die höhere Leistungsfähigkeit des Specialisten hängt nicht allein davon ab, dass derselbe in dem technisch-ärztlichen Theil seines Specialfaches besser geübt ist, sondern sie wird zum grossen Theil durch den Umstand bedingt, dass der Specialist in der Lage ist, die theoretischen Grundlagen seines engeren Gebietes vollinhaltlich sich anzueignen und dadurch jene Sicherheit des ärztlichen Wirkens zu erlangen, welche in jedem wissenschaftlichen Fache nur durch eine gründliche theoretische Vorbildung zu erreichen ist. Diese Wahrheit ist viel allgemeiner empfunden, als man sie auszusprechen pflegt. In weiterer Ausführung dieses Gedankenganges müssen wir eine lexikalische Darstellung der grundlegenden medicinischen Doctrinen, wie sie durch das „Real-Lexikon der medicinischen Propädeutik“ geboten wird, sowohl im Interesse der studirenden Jugend, als des gebildeten Praktikers als die Befriedigung eines längst vorhandenen literarischen Bedürfnisses begrüssen. Wir dürfen dies umsomehr, als die Leitung des bedeutenden Unternehmens in die Hände eines unserer hervorragendsten deutschen Forscher und Lehrer gelegt ist, und die Principien, die Prof. *Gad* bezüglich der Bearbeitung des Werkes in dem, dem ersten Hefte vorgedruckten Programme ausspricht, wohl ohne Widerspruch anerkannt werden müssen. Ebenso bürgen die Namen der illustren Mitarbeiter, welche die einzelnen Fächer vertreten, für den didactischen und literarischen Werth des zu schaffenden Werkes. Die in dem vorliegenden 1. Hefte bearbeiteten Stichworte (von A bis Acusticuskern) zeigen uns die Bearbeitung derselben getreu dem entwickelten Programme theils in Form knapper Definitionen und kurzer Angaben des streng wissenschaftlichen, theils in Form knapper Uebersichtsartikel, und wir müssen bezüglich einzelner Artikel (*Abbe*'scher Beleuchtungsapparat, Absorptionsverhältnisse der Blutfarbstoffe, Abstammung des Menschen, Acclimatisation, Accommodation, Accumulatoren u. m. a.) den Ausspruch des Herausgebers anerkennen. „Wenn diese Art der Behandlung auch in erster Linie durch die Rücksicht auf Leichtigkeit im Auffinden von Antworten auf bestimmte Fragen geboten ist, so treten doch in den kurzen Definitionen und in den knappen Uebersichtsartikeln ganz eigenartige wissenschaftliche Leistungen hervor, welche in systematischen Hand- oder Lehrbüchern kaum angetroffen werden dürften.“ Referent kann nicht umhin, auf einen kleinen Lapsus aufmerksam zu machen, welcher gelegentlich corrigirt werden kann. Bei Acetonitril ist bezüglich der Entstehung desselben, die der Nitrile überhaupt und nicht die des Acetonitrils in die Definition aufgenommen; die zur Erklärung beigefügte chemische Formel bezieht sich allerdings nur auf das Acetonitril.

Die im vorliegenden Hefte vorkommenden Illustrationen zu Stichworten aus dem Gebiete der Anatomie, Physik und physiologischen Chemie sind sehr sorgfältig ausgeführt. *Loebisch.*

909. ***Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens mit Einschluss der Rhinoskopie und der localtherapeutischen Technik.*** *Für Studirende und Aerzte Von Dr.* ***L. Rethi.*** *Mit 35 Abbildungen. Wien, Alfred Hölder, 1892.*

Der Verf., dem wir schon vielfach bei unseren Literaturstudien über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Nase und des Rachens begegnet sind, bietet in dem vorliegenden Werke von Neuem den Beweis für seine ernsten, stets überaus gründlichen Studien. Bald findet der Leser heraus, dass ein nach allen Seiten hin das Thema theoretisch und praktisch vollkommen beherrschender Forscher an die schwere Aufgabe gegangen ist und wir können von vornherein hinzufügen, dass die Lösung sehr gut gelungen ist. — Mit besonderer Sorgfalt sind im allgemeinen Abschnitt die Anatomie der Nase und des Rachens behandelt, die Forschungen bis in die neueste Zeit hinein berücksichtigt (ein Vorzug, der nicht allen neuen Büchern desselben Themas zukommt), topographische Bemerkungen schliessen sich daran an; die Physiologie der Nase und des Rachens, wie die Aetiologie kommen zur Besprechung und endlich werden die Rhino- und Pharyngoskopie, allgemeine Symptomatologie, wie allgemeine Therapie, Apparate und Instrumente besprochen. Die Uebersicht ist sehr klar, weil Nase (Nebenhöhlen) und Rachen in zwei getrennten Abschnitten behandelt werden. Auch die speciellen Theile für Nase und Rachen sind getrennt. Die therapeutischen Abschnitte sind möglichst vollständig abgehandelt und mit zahlreichen praktischen Winken versehen. Ein sehr grosser Vorzug dieses, wir wiederholen es, theoretisch wie praktisch gleich vortrefflich bearbeiteten Werkes ist, dass der Verf. nicht den einseitigen Specialisten hervorkehrt, sondern, dass er immer und immer wieder den Gesammtorganismus des Pat. im Auge hat und darnach seinen allgemeinen Heilplan in Verbindung mit localer Therapie in Einklang bringt. Das ausserdem von dem Verleger sehr gut ausgestattete Buch verdient weiteste Verbreitung.

Hausmann, Meran.

910. ***Grundriss der Physik zum Gebrauch für Mediciner.*** *Von Dr.* ***Bruno Borchhardt.*** *Mit 52 in den Text gedruckten Abbildungen. 8°. V und 151 S. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.*

Vom obersten Grundsatze der Erhaltung der Kraft ausgehend, führt der Verf. in höchst einfacher, leicht verständlicher und dennoch präciser Weise das Lehrgebäude der Physik vor dem Auge des Lesers auf. Wer einen gründlichen empirischen und experimentellen Unterricht genossen hat, wird das vorliegende Buch mit grossem Nutzen zur Hand nehmen können, sei es zur Vorbereitung für's Examen, sei es später zur Recapitulation irgend eines Theiles des behandelten Lehrstoffes, da er die grosse Summe der in das Bereich der Physik gehörigen Naturerscheinungen in Kürze übersichtlich wiedergebracht und durch die deductive Methode der Darstellung in einer das theoretische Bedürfniss äusserst befriedigenden Weise beleuchtet findet, so dass der vorgeführte Stoff vollständig in das Verständniss des Studirenden und so in dessen geistigen Besitz übergehen kann. In diesem Sinne muss das vorliegende Werkchen auf das Wärmste empfohlen werden. *Dr. H. Jesser.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

911. ***Ueber Altersbestimmung von Blutungen im Centralnervensystem.*** *Von Dr.* ***Hermann Dürck.*** *Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München. 28. Juni 1893. (München. med. Wochenschr. 1892. 36.)*

Im Hinblick auf die eminente Wichtigkeit, welche die Kenntniss der Metamorphosen von Blutungen überhaupt, speciell aber von Blutungen im Centralnervensystem in theoretischer und praktischer (forenser) Beziehung bietet, habe ich den Versuch gemacht, die mikroskopischen Befunde bei einer Anzahl von Apoplexien in eine fortlaufende Reihe, das Auftreten der einzelnen Veränderungen in ihnen in ein Verhältniss zu der Zeit ihres Bestehens zu bringen, dadurch, dass ich dieselben am Thiergehirn künstlich erzeugte. Zu diesem Zwecke wurde bei einer grösseren Anzahl von Kaninchen und Meerschweinchen ein Scheitelbein mit einer ganz feinen Trepankrone trepanirt, die Dura durchschnitten und dann ein- oder mehrmals mit *Daviel*'schem Löffel in die Hirnsubstanz eingegangen. Die Thiere blieben 1—72 Tage am Leben. Nach Herausnahme des Gehirns wurden dann die durch die Verletzung erzeugten Blutherde theils frisch, theils auf Schnitten, nach vorausgegangener Einbettung in Celloidin untersucht. In allen Fällen wurde auch das chemische Verhalten des Blutfarbstoffes mittelst Ferrocyankali und Salzsäure geprüft. Die Ergebnisse der Untersuchung waren kurz folgende: Zunächst gehen an den rothen Blutkörperchen des Extravasates gleichzeitig zwei Processe, nämlich Auslaugung und Quellung, vor sich. Ersteres manifestirt sich vom 2. Tage an durch allmäliges Abblassen bis zur vollständigen Durchsichtigkeit, am Dauerpräparat durch das zunehmende Unvermögen der Blutkörperchen, sich mit den gebräuchlichen Anilinfarben, Eosin, Congo, Orange etc. zu färben, letzteres durch eine Gestaltsveränderung in der Weise, dass aus den flachen, biconcaven Scheiben allmälig Kugeln werden. Vom 5. Tage an jedoch beginnt ein im gegentheiligen Sinn wirkender Process, nämlich die Schrumpfung zunächst mit dem Auftreten feinster Impressionen an der Peripherie des Blutkügelchens, Dieselben sind wohl identisch mit den früher als „randständige, dunkel contourirte Körperchen" von *Virchow, Ecker, Rokitansky* u. A. beschriebenen Gebilden.

Während nun ein Theil der farblosen Stromata in diesem Zustande bis zum 60. Tage und darüber erhalten bleibt, greifen an einem anderen Theil derselben die Schrumpfungsvorgänge tiefer und gestalten sie bis zum 6.—8. Tage entweder zu unregelmässig polygonalen und sternförmigen oder aber nur einseitig vordringend zu schüssel- oder napfförmigen Gebilden. Daneben wird vom 3. Tage an eine, wenn auch verhältnissmässig geringe Anzahl rother Blutkörperchen in contractile Zellen aufgenommen. In denselben wird der Erythrocyt mitsammt seinem noch übrigen Farbstoff weiter verändert, indem er in gleichmässig concentrischer Weise einschrumpft, wodurch ein Hämoglobingehalt verdichtet wird; allmälig, besonders wenn viele rothe Blutkörperchen in einer Zelle zusammenliegen, werden sie zwischen dem 8. und 10. Tage zu eckigen, stark glänzenden Körnern, die gegen den 18. Tag von wahren intracellulären Pigmentkörnern nicht mehr zu unterscheiden sind. Was nun das Schicksal des Blutfarbstoffes, des Hämoglobins, nach seinem Austritt aus seinen Trägern betrifft, so durchdringt derselbe bis zum 6. Tage

gleichmässig das umgebende Gewebe, indem er demselben einen leicht bräunlichen Ton verleiht. Gegen Ende des 6., Anfang des 7. Tages jedoch geht eine Veränderung seiner chemischen Constitution vor sich, indem sein Eisengehalt in der Weise gelockert wird, dass die von *Neumann* als „Hämosiderin“ bezeichnete Modification entsteht. Anfangs durchsetzt das Hämosiderin diffus das ganze Gewebe, in welchem es durch ausgebreitete Berlinerblaufärbung nach Ausführung der Eisenreaction nachweisbar ist, vom 10. Tage ab jedoch beschränkt es sich immer mehr auf die inzwischen in grosser Anzahl aufgetretenen contractilen Zellen und wird vom 12. Tage ab nur mehr in denselben gefunden. Vom 12. Tage ab geht nun eine sehr auffallende morphologische Erscheinung an dem eingeschlossenen Farbstoff vor sich, nämlich das bisher in der plasmatischen Flüssigkeit des Zelleninhaltes gelöste Hämosiderin zeigt offenbar in Folge einer Art von Ausfällungsprocess die Erscheinung des Körnigwerdens. Das so entstandene Pigment ist zunächst grobkörnig, oftmals findet man nur eine grössere Scholle in je einer Zelle. Auch an den ehemaligen blutkörperchenhaltigen Zellen ist vom 12. Tage ab eine Umwandlung der eingeschlossenen Blutkörperchen in der Weise vor sich gegangen, dass dieselben sich der Eisenreaction gegenüber als Hämosiderinpartikel verhalten, so dass also jetzt bereits zweierlei Formen von Pigmentkörner enthaltenden Zellen vorhanden sind. Es folgt vom 18. bis gegen den 25. Tag eine allmälige Zerklüftung der grösseren Pigmentgranula zu immer feineren Körnern. Auch an den einschliessenden Zellen selbst machen sich Zerfallserscheinungen bemerklich, und das in ihnen enthaltene Pigment wird wieder frei. Am 18. Tage trifft man die ersten freien Pigmentgranula im Gewebe. Vom 25. Tage ab lässt sich nun eine abermalige Aenderung der chemischen Zusammensetzung des Farbstoffes nachweisen, indem bei Ausführung der Reaction keine reine Blaufärbung mehr zu Stande kommt, sondern dieselbe einen schmutzig gelbbraunen Ton zeigt, wodurch die verschiedensten Mischfarben entstehen, in welchen das Braun immer mehr vorherrscht, bis endlich gegen den 45. Tag die Abspaltung und Resorption des Eisens aus dem Farbstoff eine complete geworden ist und derselbe das eisenfreie mit dem Gallenfarbstoff identische Hämatoidin darstellt. Dann ist natürlich keinerlei Eisenreaction an den Körnern mehr zu erzielen. Die überwiegende Mehrzahl der Körner ist inzwischen frei geworden, und um den 60. Tag endlich haben wir ausschliesslich eisenloses, ziemlich feinkörniges Pigment frei im Gewebe liegend. Nachträglich scheint dann oftmals wieder eine Agglutination der feinen Körnchen zu grösseren Klumpen und Schollen vor sich zu gehen.

Gleichzeitig können unter bestimmten, uns gänzlich unbekannten Bedingungen Farbstoffkrystalle entstehen. Ihre Bildung muss mit *Virchow* aus schon vorher festem amorphen Pigment angenommen werden. Die Bildung körnigen Pigmentes kommt demnach ausschliesslich durch die Vermittlung contractiler Zellen zu Stande: aus den blutkörperchenhaltigen Zellen einerseits, aus den durch Aufsammlung des diffusen Farbstoffes und Consolidirung desselben hervorgegangenen Pigmentkörnchenzellen andererseits. Die als Hämosiderin bezeichnete Stufe des Blutfarbstoffes ist nur ein Uebergangsstadium in der ganzen Kette von Metamorphosen. In ihnen besitzen wir eine bei der Unabänderlichkeit ihrer Reihenfolge sichere Handhabe für eine mindestens approximative, aber doch wohl für die meisten praktischen Fälle ausreichend genaue Beurtheilung des Alters einer Blutung im Centralnervensystem. Natürlich darf niemals

aus einer einzelnen morphologischen oder chemischen Thatsache, sondern stets nur aus der Coincidenz einer lückenlosen Kette solcher Daten ein Schluss gezogen werden. Zuletzt sei noch bemerkt, dass die Veränderung der Einzelelemente, welche wir im Menschengehirn nach Blutungen constatiren, bei den künstlich am Versuchsthier erzeugten Extravasaten bis in die kleinsten Details wiederkehren, dass ferner die Befunde der dem Alter nach genau bekannten menschlichen Apoplexien mit den gleichalterigen am Thiergehirn sich decken und endlich, dass die Befunde bei den experimentellen Blutungen, soweit sich dies bis jetzt übersehen lässt, constant sind.

Kleine Mittheilungen.

912. ***Heilung eines Falles von Cancroid der Wange durch Pyoctanin.*** *Von Dr.* ***v. Sehlen.*** *(Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XII. 12. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 18.)*

Verf. wandte bei einem Tumor der rechten Wange, der sich klinisch und histologisch als Cancroid erwies, zuerst die von *C. Böck* und *Unna* für Ulcus rodens empfohlene Resorcinbehandlung an. Da dieselbe jedoch nicht die gewünschte Wirkung hatte, wurde Pyoctanin angewendet, und zwar in Substanz aufgetragen. Schon nach wenigen Tagen Secretionsverringerung und beträchtliche Volumsverminderung. Heilung nach 2 Monaten, so dass „das Bild der ursprünglichen Affection fast nur noch an der leicht verfärbten Narbe zu erkennen war, die mit einem wenig erhabenen Saume gegen die gesunde Umgebung sich absetzte“.

913. ***Phenosalyl, eine neue antiseptische Mischung.*** *(Ann. de l'Institut Pasteur. 1892. 25. — Pharm. Post. 1892. 27.)*

Nach Untersuchungen von *J. de Christmas* im *Pasteur*'schen Institut in Paris besitzt folgende Mischung, Phenosalyl genannt, ganz ausserordentliche mikrobicide Eigenschaften: 9 Th. Carbolsäure, 1 Th. Salicylsäure, 2 Th. Milchsäure, 0·10 Th. Menthol. Die Mischung, durch Schmelzen der Ingredientien dargestellt, ist sehr löslich in Glycerin, in Wasser aber nur bis zu 4 Procent. Die vergleichenden Untersuchungen mit diesem Product, nach der von *Yersin* angegebenen Methode, haben speciell mit dem Staphylococcus aureus, der den chemischen Agentien am besten widersteht, dargethan, dass die antiseptische Wirkung doppelt so gross als die der Constituenten ist. Vom Sublimat wird sie jedoch noch überholt.

914. ***Gegen Hyperemesis gravidarum*** empfiehlt **Weil** Menthol. Da die Behandlung bei eintretenden Uebelkeiten und unmittelbar bevorstehendem Erbrechen eingeleitet werden, also sofort auf die Magenschleimhaut einwirken soll, empfiehlt sich die Darreichung in Pillen oder Kapseln nicht. Verf. giesst eine 20procentige Lösung des Menthols in Olivenöl auf gepulverten Zucker, so dass sich ein Klumpen bildet, der im Munde und Schlunde nur Zuckergeschmack hat. In 10 Tropfen der Lösung sind etwas über 0·05 Grm. Menthol.

(Centralbl. f. Therap. 1892. 8. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 34.)

915. Gegen ***Oxyuris*** wird von Dr. **Minerbi** (Lo Sperimentale. 1892. 5. — Der prakt. Arzt. 1892. 6) folgende Mischung zum Klystieren verschrieben:

Rp. *Naphthalini 1·00—1·50,*
Ol. Olivar. 40·00—60·00.
S. Als Klystier (für Kinder)

oder

Rp. *Naphthalini 5·00—6·00,*
Ol. Olivar. 60·00—80·00.
S. Als Klystier (für Erwachsene).

Mit ausgezeichnetem Erfolg.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Geehrte Redaction.

Es scheint mir auffällig, dass in Nr. 17 der Medicinisch-chirurgischen Rundschau l. J., pag. 649, gegen Cholera ein Infus. Arnicae empfohlen wird, da es wohl fast durchwegs Diarrhoe verursacht.

Naturns, den 3. September 1892. Dr. Anton Tinzl.

Das Püllnaer Natur-Bitterwasser, dieses von zahlreichen ärztlichen Autoritäten aller grossen Städte Europas anerkannte und empfohlene vorzüglichste Bitterwasser Böhmens, dessen wohlthätige Wirkung sich bei vielen Erkrankungen der Verdauungsorgane, nervösen Störungen, Gicht und zahlreichen anderen Leiden bewährt hat, und in Folge dessen bereits vielfache Auszeichnungen erhielt, fandauch heuer wieder in Berlin und Eger durch Verleihung der goldenen Medaille vollste Würdigung.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Diätblock zum Gebrauche in der ärztlichen Praxis. II. Auflage. Heilbronn, Verlag von J. Stern, 1892

Gad, Johannes, Dr., a. o. Professor der Physiologie an der Universität Berlin. Real-Lexikon der medicinischen Propädeutik. Anatomie, Physiologie, Histologie, Pathologische Anatomie, Allgemeine Pathologie, Bacteriologie, Physiologische Psychologie, Medicinische Chemie, Physik und Zoologie, Repetitorium für Studirende und praktische Aerzte, unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner herausgegeben. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.

Gadow, G., Dr. med., prakt. Arzt. Rechts-Vademecum für den praktischen Arzt. Zusammenstellung aller den nicht beamteten Arzt angehenden Gesetze und und Verordnungen Preussens mit Berücksichtigung der Reichsgesetzgebung. Breslau 1892, Verlag von Preuss & Jünger.

Jessner, Dr., Königsberg i. Pr. Neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten. Berliner Klinik. Heft 50. Fischer's medicinische Buchhandlung, 1892.

Riffel, Dr. A., prakt. Arzt, Privatdocent der Gesundheitspflege an der technischen Hochschule in Karlsruhe. Mittheilungen über die Erblichkeit und Infectiosität der Schwindsucht. Mit einem Ortsplan. Braunschweig, Harald Bruhns, 1892.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

916. ***Ueber Thymusdrüsenhyperplasie und die dadurch bedingte Lebensgefahr.*** *Von Prof.* **Pott,** *Halle a. d. S. (Jahrb. f. Kinderhk. Bd. XXIV. Heft 1.)*

Während in den Fünfziger-Jahren *Friedleben* die Frage, ob die Thymusdrüse auf den plötzlichen Tod der Kinder irgend einen Einfluss haben könne, in negativem Sinne entschieden hat, sind in neuerer Zeit wieder *Somma, Grawitz* und *Nordmann*, Letztere gestützt auf eigene, wie auf *Virchow's* und *Recklinghausen's* Untersuchungen, für den entschiedenen Einfluss einer vergrösserten Thymusdrüse auf den unter Umständen plötzlich sich ereignenden Tod der kleinen Kinder eingetreten. Es sind dies Fälle, in welchen ohne irgend welche vorausgegangenen Krankheitserscheinungen in wenigen Minuten der Tod erfolgt und die Section keine weiteren Organveränderungen, als eine abnorm vergrösserte Thymusdrüse auswies. Aber auch auf jene Fälle von plötzlich eingetretenem Tode in Folge von Stimmritzkrampf ist Verf. geneigt, der vergrösserten Thymusdrüse einen entschiedenen Einfluss auf denselben zuzuschreiben. Solche Fälle von plötzlichem Tode in Folge von Spasmus glottidis kamen sehr oft vor bei *Jacobi, Soltmann* und Verf. Bei Letzterem unter 176 Fällen 18mal. 4mal trat der Tod in seiner Gegenwart ein, und zwar jedesmal in dem Augenblicke, als er den Mundspatel, behufs Inspection des Rachens, einführen wollte. In lebhaften Farben schildert Verf. den plötzlichen Tod eines solchen Kindes: „Plötzlich biegen die Kinder den Kopf nach hinten zurück, machen eine lautlose nach Luft schnappende Inspirationsbewegung, verdrehen die Augen nach oben, die Pupillen erweitern sich, das Gesicht, namentlich die Lippen werden blitzblau und schwellen an. Die Zunge zeigt sich zwischen die Kiefer eingeklemmt, schwillt um das Doppelte im Dickendurchmesser an, ist ebenfalls stark cyanotisch, etwas nach oben umgerollt und fest an den harten Gaumen angepresst. Die Halsvenen, stark geschwellt und prall gefüllt, treten als dicke Stränge deutlich hervor. Die Hände werden mit eingeschlagenem Daumen zur Faust geballt, die Finger cyanotisch. Der Unterarm steht in krampfhafter Pronations- und Adductionsstellung. Die unteren Extremitäten sind gestreckt, die grosse Zehe etwas abducirt und dorsal flectirt. Die Wirbelsäule wird im Bogen stark nach hinten gekrümmt. Einige blitzartige Zuckungen der Gesichtsmuskeln und einige vergebliche schnappende Inspirationsbewegungen erfolgen, aber kein Laut, kein zischendes Eindringen von Luft durch die Stimmritze wird gehört. Auf einmal löst sich der Krampf, das Gesicht verfärbt sich, wird aschgrau, die Cyanose lässt nach, die Zunge und die Lippen werden

livide und nach höchstens 1—2 Minuten ist das Kind eine Leiche." Die Herzthätigkeit hört mit dem Eintritte des Anfalles auf; Reflexe sind gänzlich erloschen, weder Würgbewegungen oder Hustenreiz erfolgen auf Berührung des Kehldeckels oder der Stimmbänder mit dem Finger, noch erfolgt Lidschluss auf Berührung der Cornea. Trotz künstlicher Athembewegungen, bei welchen jedesmal Urin und Fäces abgingen, blieben die Kinder todt. Die Sectionen zeigten bei allen diesen Fällen eine vergrösserte Thymusdrüse. Die Länge derselben schwankte zwischen 5·5 bis 9·4 Cm., die Breite zwischen 3·5—6·5 Cm. und das Gewicht zwischen 24 und 50·2 Grm. In 2 Fällen war die Thymusdrüse mit dem Herzbeutel verwachsen, was doch jedenfalls auf einen vorausgegangenen entzündlichen Process der Drüse oder deren Bindegewebskapsel hindeutet. Es verhält sich mit dem Einflusse der vergrösserten Thymusdrüse auf den Spasmus glottidis, wie mit den Schwellungen und Verkäsungen der Tracheal- und Bronchialdrüsen, die bei der Section solcher Kindesleichen gefunden wurde, welche an Anfällen von Stimmritzenkrampf zu Grunde gegangen sind. Die vergrösserte Thymusdrüse kann zunächst reflectorisch einen Reiz auf die Krampfcentren, die bei Kindern der Première enfance schon an und für sich in einem gesteigerten Erregungszustande sich befinden, ausüben und dadurch allgemeine Krämpfe und auch Stimmritzenkrampf auslösen. Ferner kann sie, wenn man bedenkt, dass die hyperplastische Thymusdrüse beim Lebenden noch einer acuten Schwellung unterliegen kann, durch eben diese acute Intumescenz die obere Thoraxapertur eines Kindes von $^1/_2$ bis 2 Jahren völlig ausfüllen und auf diese Weise einen plötzlichen Tod herbeiführen, indem sie die Trachea zu verdrängen oder zu comprimiren im Stande ist. Anderseits hemmt sie, wenn sie vergrössert und überdies acut geschwellt ist, auch mechanisch die Herzthätigkeit, indem sie wie eine nach innen gewölbte Kappe die oberen Partien des Herzens bedeckt und gerade dem Ursprunge der grossen Gefässe aufliegt und überdies mit dem am meisten vergrösserten, rechten Drüsenlappen den rechten Vorhof, sowie die zwei oberen Drittel des rechten Ventrikels überlagert. Nach Verf.'s Ueberzeugung wird der Tod daher durch plötzlichen Stillstand des Herzens bedingt. Als Schlusssatz seiner Beobachtung stellt Verf. folgende These auf: Eine hyperplastische Thymusdrüse beeinflusst die Respiration und die Circulation allmälig, sowie plötzlich, sie kann sogar bei scheinbar völliger Gesundheit, wenigstens indirect, zur plötzlichen Todesursache werden. Dr. *Steigenberger,* Budapest.

917. ***Ueber Gelenksmetastasen bei croupöser Pneumonie.*** *Von Dr.* ***Conrad Brunner,*** *Zürich. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1892. 11 u. 12.)*

Die Beobachtung des Verf. betraf einen Fall von croupöser Pneumonie mit Vereiterung eines Handgelenkes. Zwei Nächte nach dem Auftreten der Lungenentzündung stellten sich, ohne dass irgend ein Trauma einwirkte, Schmerz und Schwellung im linken Handgelenk ein. Verf. sah den Pat. am 17. Krankheitstage und da in den nächsten Tagen eine Besserung nicht eintrat, wurde am 22. Krankheitstage eine Probepunction des entzündeten Handgelenkes vorgenommen. Dieselbe ergab Eiter, worauf die Resection des Hand-

gelenkes beschlossen und auch ausgeführt wurde; doch trat bereits in der folgenden Nacht der Tod ein. Bei der Section zeigte die linke Lunge lobäre Infiltration von graurother bis dunkelrother Färbung. Nirgends Abscedirung. Die rechte Lunge war emphysematös, aber ohne Entzündungserscheinungen. Die Untersuchung des Handgelenkeiters zeigte weder im makroskopischen Aussehen, noch im Geruche etwas Besonderes; der Eiter war dickrahmig. Auf Deckglasausstrichpräparaten waren sehr zahlreiche, lanzettförmige, mit Kapseln versehene Diplococcen zu sehen. Keine Staphylococcen. Die Weiterzüchtung brachte zahlreiche Colonien, deren Merkmale die Diagnose auf Diplococcus pneumoniae *Fränkel-Weichselbaum* zuliessen. Unter den aus der Gewebsflüssigkeit der infiltrirten Lunge gezüchteten Colonien herrschten diejenigen des Staphylococcus aureus und albus vor. Daneben fanden sich vereinzelt die Colonien des Pneumococcus. Für die ganze Auffassung des Krankheitsprocesses erscheint es zunächst von Wichtigkeit, zu erfahren, zu welchem Zeitpunkt die Gelenksaffectionen sich einstellen, das heisst, in welcher zeitlichen Beziehung sie zur Grundkrankheit stehen. Bezüglich der in der Literatur verzeichneten Fälle ist zu bemerken, dass nur einmal die Gelenksentzündung vor der Pneumonie auftrat; am gleichen Tage mit der Pneumonie setzte dieselbe zweimal ein, in allen übrigen Fällen stellte sie sich im Verlaufe der Lungenentzündung oder erst nach Ablauf derselben ein. Die Localisation der Gelenkentzündung erwies sich in der Mehrzahl der Fälle als eine monarticuläre. Am häufigsten war das Schultergelenk ergriffen. Der weitere Verlauf, die Dauer und der Ausgang dieser Gelenkcomplicationen gestalteten sich sehr verschieden. Der Tod trat unter den beobachteten 22 Fällen 14mal ein. Im Allgemeinen erwies es sich, dass die Prognose um so ungünstiger sich gestaltet, je frühzeitiger die Gelenkcomplication auftritt. Was die pathologische Anatomie in der Pneumococcenarthritis anlangt, so scheint erwiesen, dass bei derselben trotz der starken Eiterbildung eine relativ geringe Destruction der Gelenkenden sich vorfindet. Sechsmal war gleichzeitig frische Endocarditis als Complication vorhanden. Vor Allem wichtig und für die Genese der Gelenkentzündung entscheidend sind die Resultate der bacteriologischen Untersuchung. Es wurde bisher durch Reinzüchtung in 11 Fällen eine und dieselbe Art von Mikroorganismen im Gelenkinhalt gefunden, nämlich der von *Fränkel*, *Talamon*, *Weichselbaum* als Erreger der croupösen Pneumonie beschriebene Diplococcus lanceolatus. Nach Feststellung dieser Thatsache darf man nach Verf. an einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Pneumonie und der Gelenkcomplication in den betreffenden Fällen nicht mehr zweifeln. Der genannte Erreger der Pneumonie vermag, wie Untersuchungen in neuester Zeit sicher erwiesen haben, eine ganze Reihe von anderen acuten Entzündungen hervorzurufen. In allen denjenigen Fällen, bei denen der Pneumoniecoccus allein im Exsudate sich vorfand, haben wir nach Verf. die Gelenkentzündung als einen metastatischen Herd einer primären Localisation des Diplococcus in den Lungen aufzufassen. In dem vom Verf. beobachteten Falle handelte es sich um eine Mischinfection; im Eiter des Gelenkes fand sich allerdings nur eine Art von Coccen, der *Fränkel*'sche Pneumococcus; im Gewebs-

safte der Lungen aber waren neben diesen letzteren die gewöhnlichen Eitercoccen, im Blute die pyogenen Staphylococcen allein nachzuweisen. Diese letzteren werden als einziger Mikrobienbefund bei croupöser Pneumonie wiederholt gefunden. Was die Therapie anlangt, so ist in allen Fällen, bei denen Zeichen eines Ergusses nachweisbar sind, eine frühzeitige Probepunction vorzunehmen. Ergibt diese serösen Inhalt, so wird die Therapie eine exspectative sein, Fixirung des Gelenkes und Eisbehandlung. Besteht bereits Eiterung, so wird man einen Versuch mit der aseptischen Punction und nachfolgender Auswaschung des Gelenkes machen. Führt dies nicht zum Ziele, so ist die Arthrotomie und Drainage auszuführen. Bei Handgelenkseiterung ist dabei die Resection kaum zu umgehen; bei den übrigen Gelenken wird man nur bei Zerstörung der Gelenksenden zu diesen Eingriff sich entschliessen.

918. ***Ueber die Glycosurie im Säuglingsalter.*** *Studie aus der Prager Landes-Findelanstalt. Klinik des Prof. Epstein. Von Dr.* ***Julius Grósz,*** *Secundararzt am Stephanie-Kinderspitale in Budapest. (Orvosi Hetilap. 1892. 21 u. ff. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 37.)*

Verf. stellte sich die Frage, ob und unter welchen Verhältnissen die Glycosurie im Säuglingsalter auftritt. Wenn Zucker im Harn der Säuglinge nachgewiesen wurde, so ergab sich daraus die weitere Frage, ob dieser Zucker mit der physiologischen Ernährung im Zusammenhange steht, oder anders gesagt, ob diese Glycosurie alimentärer Natur sei. Unter 50 untersuchten Fällen bekam Verf. bei 10 eine eclatante Uebereinstimmung der *Trommer*'schen und der *Nylander*'schen Reaction. Nur zweimal stand so viel Harn zur Verfügung, um auch eine polarimetrische Untersuchung vornehmen zu können, die den qualitativ gefundenen Zuckernachweis bestätigte. Die Gährungsprobe fiel in diesen Fällen negativ aus. Unter den 10 Fällen betrafen 7 schwere Gastroenteritiden, die mit dem Tode endeten und 3 Fälle bezogen sich auf leichtere Dyspepsien. In diesen Fällen zeigte der Harn abweichende Veränderungen (auffallend gelbliche Färbung, hohes specifisches Gewicht). Verf. nimmt an, dass es sich in diesen Fällen um eine alimentäre Glycosurie handelt. In Anbetracht dessen, dass die Glycosurie im Säuglingsalter höchst wahrscheinlich alimentärer Natur ist, weiter mit Rücksicht darauf, dass über die Assimilirbarkeit des Milchzuckers beim Säuglinge bisher keinerlei Untersuchungen vorliegen, entschloss sich Verf. sowohl bei Gesunden, als auch an Verdauungsstörungen erkrankten Säuglingen und — zum Vergleiche — auch bei älteren 2—6jährigen Kindern mit Milchzucker Fütterungsversuche vorzunehmen. Diejenige Menge des eingeführten Milchzuckers, nach welcher im Harn eine Reduction und eine optische Veränderung des Harnes auftritt, nennt Verf. die „Assimilationsgrenze", ebenso wie dies *Hofmeister* bei seinen Fütterungsversuchen an Hunden that. Aus Verf.'s Versuchen geht hervor, dass die Assimilationsgrenze des Milchzuckers bei gesunden Brustkindern im Alter von 12—34 Tagen zwischen 3·1—3·6 Grm (pro Kilo Körpergewicht) schwankt. Hieraus geht hervor, dass die Assimilationsgrenze des Milchzuckers bei gesunden Brustkindern eine sehr hohe und weit höhere ist, als die für den gesunden Erwachsenen vorhandene und die von *Hofmeister* für Hunde festgestellte Assimilationsgrenze. Aus der hohen Assimi-

lationsgrenze der Säuglinge ist es erklärlich, dass die Glycosurie bei gesunden Säuglingen nicht vorkommt. Eine weitere wichtige Beobachtung ist das Sinken der Assimilationsgrenze für Milchzucker bei Verdauungsstörungen. Die Ergebnisse fasst Verf. in folgenden Punkten zusammen: 1. Im Säuglingsharne sind die reducirenden Substanzen recht oft vermehrt. 2. Wir finden auch im Säuglingsharne kleine Mengen von Kohlenhydraten. 3. Bei gesunden Brustkindern kommt keine Glycosurie vor. 4. Bei Verdauungsstörungen, sowohl bei Dyspepsien, als auch insbesondere bei Gastroenteritiden, ist eine stark reducirende, die qualitativen Zuckerproben prompt zeigende, nicht gährungsfähige, optisch active Substanz im Harne manchmal nachweisbar. 5. Diese optisch active, nicht gährungsfähige und reducirende Substanz ist höchst wahrscheinlich Milchzucker oder ein Spaltungsproduct desselben. 6. Die bei Brustkindern vorkommende Glycosurie ist alimentärer Natur. 7. Die Assimilationsgrenze des Milchzuckers ist bei den Säuglingen eine sehr hohe; bei gesunden Brustkindern in den ersten 4 Wochen beträgt sie ungefähr 3·3 Grm. pro Kilo Körpergewicht. 8. Bei Verdauungsstörungen findet eine Herabsetzung der Assimilationsgrenze statt. 9. Die Ursache der Glycosurie bei Verdauungsstörungen der Säuglinge liegt einerseits in der Herabsetzung der Assimilationsgrenze, andererseits vielleicht in dem Einflusse der Darmbacterien auf die Zersetzung des Milchzuckers.

919. ***De l'obsession dentaire.*** *Par* **Galippe.** *(Arch. de Neurologie. 1891. 61. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 36.)*

Ehe der Verf. zu dem eigentlichen Thema übergeht, beschreibt er zunächst die sogenannten „eingebildeten" Ulcerationen der Zunge oder Zungenneuralgie. Dieselbe besteht in abnormen Empfindungen in der Zunge, findet sich meist bei neuropathischen Individuen, hat ihren Ursprung gewöhnlich in der Furcht vor Zungenkrebs und geht schliesslich häufig in allgemeine Geisteskrankheit über, besonders in progressive Paralyse. Aehnlich dieser schon früher bekannten Krankheit beschreibt nun Verf. eine „Obsession dentaire", d. h. einen durch besondere Empfindungen in den Zähnen hervorgerufenen abnormen Geisteszustand, und berichtet in ausführlicher Weise über eine Anzahl solcher Fälle. Die Patienten, vorwiegend dem weiblichen Geschlechte angehörig, stammten aus neuro- oder psychopathisch belasteten Familien. Die Krankheit brach bei Gelegenheit irgend einer Manipulation an den Zähnen aus. Von diesem Moment ab hatten sie abnorme Empfindungen in den Zähnen und konnten an nichts Anderes mehr denken als an ihre Zähne. Eine Patientin hatte stets Schmerzen, ohne dass irgend ein Zahn erkrankt war, eine andere konnte ihr künstliches Gebiss nicht vertragen, eine dritte wurde von Contracturen der Masseteren gequält. Sie suchten fast täglich einen anderen Zahnarzt auf, liessen alles Mögliche an sich vornehmen, ohne Erfolg! Ihr Geisteszustand veränderte sich auffallend, und nur bei einzelnen Patienten gelang es, sie zu überzeugen, dass ihre Krankheit eine allgemeine wäre, und sie zu einer hydropathischen Cur zu überreden. In diesen Fällen trat Besserung ein, in den anderen wurde der Zustand immer schlimmer und es kam sogar zu Selbstmordversuchen. Verf. hält diese Erkrankung für die Aeusserung einer Geistes-

krankheit und glaubt, dass letztere schliesslich in allen diesen Fällen noch zum Ausbruch kommt. Es ist wichtig, dies zu wissen, um alle unnützen und schädlichen localen Eingriffe zu vermeiden.

920. ***Fall von Darmeinklemmung mit Diarrhoe; Fehlen von Erbrechen fäculenter Massen.*** *Von* **Touchard.** *(Progrès méd. 1892. 5. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 34.)*

Eine 67jährige Frau erkrankte unter Symptomen, die auf eine Cholerine hinwiesen und starb nach einigen Tagen. Die Section ergab als Todesursache eine Darmeinklemmung im unteren Theile des Ileum, 10—15 Cm. lang war der Darm gangränös. Auf die richtige Diagnose wies während der klinischen Beobachtung nichts hin, ja mehrere Symptome mussten sogar nach den gewöhnlichen Erfahrungen diese Diagnose als ausgeschlossen erscheinen lassen. Dies waren: 1. Der Zustand des Bauches, welcher zu keiner Zeit der Erkrankung aufgetrieben, sondern stets weich, eindrückbar und ohne Schmerzen blieb. 2. Das Erbrechen: es wurden stets nur Speisereste und etwas Galle, nie fäculente Massen entleert; stets erfolgte das Erbrechen ohne Anstrengung und meist gleich nach dem Essen. 3. Es bestand während der ganzen Krankheitsdauer heftige Diarrhoe. während sonst bei der Darmeinklemmung die Stuhlverstopfung die Regel bildet. Während der klinischen Beobachtung war der Fall als eine Erkrankung an Cholera oder eine Vergiftung angesehen worden, und so beweist derselbe auf's Neue, wie ungemein schwierig in einzelnen Fällen die Diagnose einer inneren Einklemmung zu stellen ist.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

921. ***Zur Cholerabehandlung.*** *(Allg. med. Central-Ztg. 1892. 73.)*

Die Pariser Société de thérapeutique gibt für die Behandlung Cholerakranker folgende Rathschläge; Es sind drei Punkte zu berücksichtigen: 1. Erwärmung des Kranken, 2. Bekämpfung des Durchfalls, 3. Stillung des Erbrechens. Betreffend die Erwärmung des Kranken werden die altbekannten Vorschriften wiederholt: heisse, stimulirende Getränke, Alkohol, Thee mit Rum, Kaffee, Bürsten, Wärmeflaschen. Zur Stopfung der Diarrhoe wird die von *Hagen* mit Erfolg gegen Durchfall der Kinder angewandte Milchsäure empfohlen in folgender Verordnung:

Rp. *Acidi lactici* *10·0,*
Syr. *20·0,*
Alcohol. aurant. seu citri 2·0.

M. D. S. Mit 1 Liter Wasser verdünnt. 1/4stündlich 3 Esslöffel voll.

Gegen das Erbrechen würde sich am meisten Menthol empfehlen, das nach *Blondel's* Untersuchungen sogar die Wirkung der Ipecacuanha paralysiren soll; doch ist das Mittel wegen seines schlechten Geschmackes und der Unlöslichkeit im Wasser schwer anzuwenden. Am zweckmässigsten scheint demnach noch das Schlucken von kleinen Eisstückchen zu sein: daneben kohlensäurehaltige Getränke. Gegen die Schmerzen wird empfohlen Tinct. Opii benzoica, alle

Stunde 20 Tropfen. Gegen das Erbrechen sollen sich folgende Tropfen *(Laussedat)* bewährt haben:

Rp. *Tinct. valerian. aether. 5·0,*
Tinct. Op. crocat. 1·0,
Spiritus Menth. pip. gtt. V,
Spiritus aetherei 5·0,

M.D.S. 25 Tropfen, sobald der Patient Brechneigung oder Stuhldrang hat.

Bucquoy wendet sich indessen gegen die Anwendung der Milchsäure bei echter Cholera: er habe in 2 Fällen echter Cholera im Hôtel Dieu eher eine Zunahme als eine Abnahme des Durchfalls beobachtet, trotzdem er 15—16 Grm. in 24 Stunden verordnete. Dagegen habe er folgende Formel als sehr wirksam gegen die Choleradiarrhoe erprobt:

Rp. *Tinct. Cinnamomi 10·0,*
Bismut. subnitr. 4·0,
Tinct. Op. crocat. 0·75,
Mixturae gummos. 100·0
Stündlich 1 Esslöffel voll.

(Nach Journ. de méd. de Paris.)

S.

Interessante und lehrreiche Mittheilungen macht *R. Kutner* in der „Deutschen medicinischen Wochenschrift" (Nr. 35) über die verschiedenen in den Pariser Hospitälern zur Verwendung gelangten Behandlungsweisen und die damit erzielten Erfolge. — Von internen Mitteln ist die Milchsäure (zur Bekämpfung der Erscheinungen des Darmtractus) am wirksamsten gewesen. Man gibt

Rp. *Acid. lactit. 15,*
Aqu. dest. 200,
Syr. simpl. 100.

Erst halbstündlich, später 2stündlich 1 Esslöffel, oder

Acid. lact. 15

auf 1 Liter abgekochten Wassers in 24 Stunden zu verbrauchen. Ausserdem wurden Benzonaphthol (4 Grm. pro die), Talcum (50—60 Grm. pro die in Milch) gerühmt, während sich Bismuthum und Salol gar nicht, Opium nur theilweise bewährten. Gegen Erbrechen wurde vorwiegend Eis intern und in Form des *Chapman*schen Eisbeutels für die Wirbelsäule, ferner Cocain (subcutan 0·02—0·03 pro die), sowie Chloroformwasser esslöffelweise verabreicht. Den Collaps bekämpft man, abgesehen von In- und Transfusionen, mit Coffeinum natro-salicylicum (subcutan, stets mit gutem Erfolge angewandt), Aether und Champagner. — Völlig wirkungslos erwiesen sich die in einem Hospitale applicirten *Brown-Séquard*'schen Injectionen. Aeusserlich wurden die Kranken mit Wärmflaschen und Frictionen, theilweise auch mit Eingiessungen von Borwasser (mit 1 Grm. Naphtholzusatz pro Liter) behandelt. Die Diät bestand in den ersten Krankheitstagen in sehr wenig Milch, gegen den Durst meist Thee mit Rum in grossen Mengen, in einem Hospitale weinsaure Limonade (Acid. tartar. 15 : 1 Liter Wasser) ad libitum gereicht. Die Desinfection der Stühle und des Waschgeschirres erfolgte mittelst 5procentiger Cupr. sulfur.-Lösung, die der Wäsche in Sterilisationsöfen.

922. ***Agathin, ein neues Antineuralgicum.*** *Von* ***E. Rosenbaum.*** *(Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 50. — Med.-chir. Centralbl. 1892. 36.)*

Verf. berichtet über ein neues Antineuralgicum, das vom Chemiker Dr. *Israel Roos* zuerst dargestellte Salicyl-Methylphenylhydrazon. Dasselbe ist geruch- und geschmacklos, im Wasser unlöslich. Seine Wirkung ist nicht eine momentane, sondern eine mehr cumulative *(Laquer)* und doch soll es selbst bei längerem Gebrauche keine üblen Nebenwirkungen verursachen. Bei Gelenksrheumatismus *(Löwenthal)*, bei Neuralgien, namentlich Trigeminusneuralgie und Ischias wurde es in Dosen von 3mal täglich 0·5 Grm. mit günstigem Erfolge versucht.

923. ***Behandlung der Cholera mit Chloroformmischung.*** *Von* ***Desprez,*** *St. Quentin. Vortrag in der Académie de Méd. Sept. 1892. (München. med. Wochenschr. 1892. 38.)*

Verf. hatte in den Jahren 1864—1867 seine Cholerakranken mit einer Chloroformmischung behandelt und ging von folgenden Indicationen aus: 1. die schmerzhaften Magenkrämpfe zu beruhigen, 2. die Functionen der Haut anzuregen, und 3. in den Körperhaushalt, soweit die Resorption noch möglich ist, Stoffe einzuführen, welche fähig sind, die normale Zusammensetzung des Blutes möglichst wieder herzustellen. Seine Formel ist folgende:

Rp. *Chloroform.* *1·0,*
Alcohol. *8·0,*
Ammon. acetic. *10·0,*
Aqu. *110·0,*
Syrup. Morphin. hydrochl. *40·0.*
MS. Einen Esslöffel halbstündlich zu geben.

Chloroform erzeugt in mässiger Dosis ein Gefühl der Frische und Stärkung. Die Krämpfe, die Zusammenziehungen des Magens verschwinden wie mit einem Zauberschlage; Getränke, welche vorsichtig und in sehr kleiner Quantität verabreicht werden, werden sehr selten erbrochen. Die Chloroformdämpfe, im Organismus verbreitet, spielen ihre antiseptische Rolle, sei es local in den Eingeweiden direct auf die Mikroben, oder allgemein auf die in das Blut gelangten Toxine. Die anästhetische Wirkung des Chloroforms auf den Magen kann man durch die Gegenwart unzähliger Nervenendigungen im Epithel der Schleimhaut oder in den glatten Muskeln erklären; wahrscheinlich wirkt es auch reflectorisch auf den Digestionsapparat. Was die speciell antibacterielle Wirkung betrifft, so hat *Salkowski* 1888 constatirt, dass eine frische Choleracultur mit gleichen Theilen chloroformhaltigen Wassers gemischt nach einer Minute sterilisirt ist. Das essigsaure Ammonium ist dem salz- oder kohlensauren vorzuziehen, weil es besser von der Schleimhaut des Verdauungscanales vertragen wird. Es hat den Zweck, die capilläre Circulation anzuregen, die Eindickung des Blutes zu vermindern, die Hautfunctionen wieder herzustellen und zugleich die Schmerzen, welche die Kranken in verschiedener Form plagen, zu stillen. Die profuse Schweissabsonderung, welche durch das Ammoniumacetat und Morphium hervorgerufen wird, kommt sehr der Niere zu Statten, deren Secretion vermindert oder aufgehoben ist. Da das Opium, sonst so nützlich bei Darmaffectionen, den grossen Nachtheil hat, die intellectuellen Kräfte empfindungslos zu machen und Gehirn-

congestion zu begünstigen, so ward Morphiumsyrup angewandt, da dieses Alkaloid das wirksamste, das wenigst gefährliche und bestertragene zu sein schien. Um endlich die Empfindlichkeit des Magens zu schonen, ward blosses Wasser (rein oder gekocht) statt der destillirten Wässer von Melissa, Mentha, Tilea etc. genommen. Um die Körperwärme zurückzubringen, wird der Kranke von Kopf zu Fuss in Leinentücher eingehüllt, die durch mit sehr heissem Wasser gefüllte Töpfe erwärmt wurden. Prophylactisch räth Verf. denjenigen Personen, welche Cholerakranke besuchen und behandeln müssen, mehrmals täglich vor oder nach der Mahlzeit ein halbes Glas Chloroformwassser (1 : 500 oder 1000), welches absolut unschädlich sei, zu nehmen.

924. ***Behandlung der Ertrinkenden.*** Von **Laborde.** *(La méd. moderne. 1892. 7. Juli.)*

In der „Académie de Médecine“ vom 5. Juli 1892 theilt Verf. ein Verfahren mit, welches er in zwei Fällen von Scheintod nach Ertrinken mit bestem Erfolge angewendet hat. Der eine Fall betraf einen jungen Fischer, bei welchem die Wiederbelebungsversuche vor dem Hinzutreten des Verf. vergeblich versucht wurden. Der Junge war vollständig scheintodt, es konnte nur beim Oeffnen der halbgeschlossenen Lider eine Verengerung der Pupillen und eine bedeutende Mundsperre constatirt werden. Verf. öffnete gewaltsam den Mund, ergriff die Zunge und zog dieselbe stark nach aussen. Dieser Eingriff hatte ein heftiges lärmendes Inspirationsgeräusch zur Folge, dem ein sehr intensiver sich wiederholender Brechact mit Auswurf einer bedeutenden Flüssigkeitsmenge folgte. Der Verf. hielt den Mund und die hintere Kehlkopfpartie des Scheintodten klaffend offen, wiederholte den Zungenzug noch des öfteren. Die Inspirationsgeräusche häuften sich anfangs langsam und in grösseren Intervallen, später in kürzerer Zeit, bis zur normalen Respiration. Zu gleicher Zeit liess der Verf. heisse Wasserumschläge auf Brust und Abdomen anwenden. Erst nach 30 Minuten konnten die Herzbewegungen beobachtet werden, anfangs sehr langsam, bis allmälig, aber sehr zögernd der normale Herzrhythmus sich einstellte. Das Bewusstsein kehrte erst nach 4 Stunden zurück, und zwar unter dem Bilde der vollständigen Amnesie der vorhergegangenen Ereignisse. Diese Amnesie besteht noch jetzt, trotzdem dass 10 Monate seit dem Ereignisse verflossen sind. Der zweite Fall betraf eine Frau, die nur kurze Zeit dem Ertrinken ausgesetzt war, ohne ein Lebenszeichen von sich zu geben. Sie wurde an den Uferrand gelegt, die Zunge ergriffen und nach aussen gezerrt und wieder etwas zurücksinken gelassen. Diese Manipulation dauerte fast eine halbe Stunde, bis ein Respirationsgeräusch sich zeigte. Die Kranke kam nach und nach zur Besinnung und erholte sich vollständig. Der Verf. empfiehlt dieses Verfahren als sicher auf's wärmste.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

925. ***Diätblock zum Gebrauche für die ärztliche Praxis.*** *Herausgegeben von einem praktischen Arzte. Heilbronn, Verlag von J. Stern.*

Der Diätblock enthält Kostvorschriften für die wichtigsten chronischen Krankheiten und Stoffwechselanomalien und für fieber-

hafte Krankheiten. Der betreffende Zettel wird abgerissen und dem Patienten oder der Wärterin übergeben. Die Kostvorschrift enthält das Verzeichniss der erlaubten und verbotenen Nahrungs- und Genussmittel und Getränke. Dem Arzte bleibt noch übrig, die Mengen und Masse derselben, sowie die Zubereitung und Temperatur, auch die Zeit der einzelnen Mahlzeiten zu bestimmen. Als Muster einer solchen Kostvorschrift geben wir unseren Lesern die bei harnsaurer Diathese, Gicht-, Nerven- und Gallensteinleiden:

Erlaubt: Suppen: Dünne Fleischsuppen, Wassersuppen, Kräutersuppen. — Fische jeder Art, Austern, Muscheln, Caviar. — Eier: roh, weich und hart. — Fleisch und Geflügel, mageres, Wildpret, Schinken, Peptone, Fett. — Gemüse- und Mehlspeisen: Saftige frische Gemüse, saftige Salate jeder Art und Zubereitung, rohe Wurzeln, rohe Gemüse mit Salz, Sellerie, wenig Brot. — Nachtisch: Obst, roh und gekocht, Käse, leichte Milchstärkemehlpuddings (Kirschencur, Erdbeercur). — Getränke reichlich, je nach dem Urinquantum, Fachingerwasser, Wasser und Mineralwasser, wenn nöthig, ein wenig alter Rothwein. Rahm und Milch, schwacher Thee, Fruchtkaffee.

Verboten: Mehr als drei Mahlzeiten im Tag. Jeder Excess im Essen. Schwere Suppen und Saucen, Kartoffeln, Tomaten, Sauerampfer, Spinat, Kastanien, Gewürze, Conserven, Pasteten, Puddings, Conditoreiwaaren, Butterteig, Chocolade, Spirituosen, Weine, besonders süsse, Bier, Tabak, Bohnenkaffee. Alle Diners und Gastereien. Verdauungsstörungen sind genau zu beachten. „Man muss in Speise und Trank ein solches Mass treffen, dass man nicht mehr zu sich nehme, als der Magen zu verdauen im Stande ist, aber auch nicht weniger, als die Theile des Körpers zur Erhaltung der Kräfte nöthig haben.“

926. ***Ueber Salophen und dessen therapeutische Verwendung.*** *Von* ***Josef Fröhlich.*** *Aus der Abtheilung des Primararztes Dr. Scholz im k. k. allgemeinen Krankenhause in Wien. (Wr. med. Wochenschr. 1892. 25—28.)*

Als Antipyreticum gab Verf. das Salophen in steigender Gabe von 3—6 Grm. pro die, und zwar die Dosis täglich um 1 Grm. vermehrend, 2stündlich oder die ganze Tagesdosis Vormittags verabreicht, zu Blasenausspülungen in folgender Lösung: *Salophen 1·0, Alkohol. 10·0, Aq. dest. 500 Ccm.;* schliesslich auf stark secernirende Wunden und Geschwüre als Streupulver. Verf., der das Mittel in zahlreichen Fällen prüfte, gelangt zu folgendem Schlusse: Das Salophen hat sich als ein gegen den acuten Gelenksrheumatismus prompt und rasch wirkendes Mittel erwiesen und ist sowohl dem Natr. salicyl. als auch dem Salol, denen es an Wirksamkeit vollkommen gleichzustellen ist, aus dem Grunde vorzuziehen, weil es erstens nicht hygroskopisch ist, sich daher in jeder Form der Aufbewahrung verwendbar erhält, ferner im Gegensatze zu dem geradezu widerlichen Geschmacke des Natr. salicyl. und des Salol ganz ohne Geschmack ist, endlich — und dies ist die Hauptsache — selbst in grossen Dosen durch längere Zeit genommen werden kann, ohne dass sich die unangenehmen Nebenwirkungen der zwei erwähnten Salicylsäureverbindungen wie

Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Erbrechen, Schwindel, Ohrensausen, zuweilen schwere Collapszustände einstellen würden, und zwar aus dem Grunde, weil das Mittel erst im Darme zerlegt wird und darum eine Beeinflussung des Magens ausgeschlossen ist. In der That konnten unter den 30 beobachteten Fällen niemals Störungen der Magenthätigkeit und nur dreimal vorübergehende cerebrale Symptome beobachtet werden. Seine Einwirkung auf den chronischen Gelenksrheumatismus war in den 6 beobachteten Fällen nicht constant, während es in dem ersten Falle gut wirkte, liess es in drei weiteren Fällen vollkommen im Stiche. Es wäre also bei chronischen Rheumatismen mit Salophen immerhin der Versuch zu machen, wie man ja auch die anderen Salicylsäurepräparate in solchen Fällen versuchsweise zu verordnen pflegt; jedenfalls wird das Salophen vorhandene Gelenksschmerzen in den meisten Fällen rasch beseitigen, während man sich bezüglich der Resorption chronischer Gelenksergüsse keinen besonderen Hoffnungen hingeben darf. Als Antipyreticum hat Salophen in jeder Dosis und bei jeder Form der Darreichung vollkommen versagt.

927. ***Untersuchungen über den Einfluss der Opiumalkaloide auf die Darmbewegungen.*** *Von Dr.* ***G. Leubuscher,*** *Jena. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 9. — Wien. klin. Wochenschr. 1892. 36.)*

Von den geprüften Alkaloiden zeigte Morphium die stärkste hindernde Einwirkung auf die Darmperistaltik, es stand in dieser Wirkung am nächsten das Papaverin und in ähnlicher Weise beruhigte auch Narcotin die Darmbewegungen; Codein und Narcein zeigten sich völlig einflusslos, während Thebain die motorische Erregbarkeit des Darmes steigerte. Der Umstand, dass das Papaverin eine dem Morphium zunächst stehende, wenn auch nicht so sichere, die Peristaltik hemmende Wirkung äusserte, und die Hoffnung, dass das Papaverin beim Menschen angewendet, keine üble oder selbst gefährliche Nebenwirkung des Morphium theile, bewogen Verf., Papaverin in Form des salzsauren Salzes beim Menschen zu versuchen. Es zeigte sich für den Erwachsenen von keiner oder nur unsicherer Wirkung. Bei Kindern hingegen war der Erfolg ein bedeutend besserer. Je nach dem Alter des Kindes (12 Tage bis 5 Jahre) als Papaverinum muriaticum in Einzeldosen von 0·005—0·05 meist drei- bis viermal täglich (wenn nöthig auch in höheren Dosen oder öfter) verabreicht, beseitigte es prompt die schon seit Tagen bestehenden Durchfälle. Auf Circulation, Respiration, Athem etc. übte es hierbei keinerlei schädigenden Einfluss.

928. ***Ueber eine neue chemische Function des Commabacillus der Cholera asiatica.*** *Von* ***J. Ferran.*** *Acad. des Sciences. 22. August 1892. (Wien. med. Wochenschr. 1892. 37.)*

Säet man den Commabacillus auf eine kleine Menge alkalischer Bouillon, die sich in Kolben geringer Capacität befindet, aus, so kann er mehr als drei Jahre leben, vorausgesetzt, dass ein Wattetampon die Erneuerung frischer Luft gestattet. Ist aber nur das einzige Moment geändert, dass sich Lactose in der Bouillon befindet, so wird die Lebensfähigkeit dieses Mikrophyten wegen der in Folge Entstehens von Milchsäure eintretenden Acidität des Nährbodens enorm verringert. Die Vegetation dieses Mikroben, die

stets eine rapide, luxuriöse in den gewöhnlichen Nährculturen ist, wird unvergleichlich reichlicher, wenn die Bouillon Lactose enthält und die Culturen werden überraschend dicht; sobald aber der Nährboden wegen der gebildeten Milchsäure sauer reagirt, hört die Vermehrung vollkommen auf und die Vitalität des Mikroben verringert sich sofort. Aus diesen Aehnlichkeiten in der chemischen Function des Commabacillus der Cholera und jenem des Bacillus coli communis, aus der Aehnlichkeit, die auch in einer guten Zahl von Fällen zwischen ihren pathogenen Functionen existirt, endlich aus der Eigenschaft der Milchsäure, die chemische Thätigkeit beider Bacterien zu paralysiren, muss der Arzt rationelle Indicationen für die Behandlung der Cholera deduciren. Wie die Paramilchsäure gegenwärtig bereits ein anerkannt schätzbares Remedium gegen die durch den Bacillus coli communis hervorgerufenen Diarrhoen ist, wird sie vielleicht in gleicher Weise gegen die durch den Cholerabacillus bedingten Diarrhoen wirksam sein. Es scheint daher rationell, die Milchsäure in Form von Limonaden gegen die Cholera zu verwenden und ihre Wirkung durch die anexosmotische Kraft des Morphins zu unterstützen. Dieses Mittel würde vielleicht die Resorption der Toxine hindern und die Wirkung der Milchsäure verlängern, indem sie die rasche Elimination derselben hindert.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

929. ***Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Appendicitis und Perityphlitis.*** *Von Prof.* ***K. G. Lennander,*** *Upsala. (Upsala Läkareförenings Forhandl. 1891/92, pag. 87.)*

930. ***Ueber Operationen bei Perityphlitis.*** *Von* ***E. Perman*** *und* ***O. Sandberg,*** *Stockholm. (Svenska Läkare Sällsk. Handl. 1892, pag. 30.)*

931. ***Ueber Appendicitis und Perityphlitis als Todesursache im Sabbatsberg-Krankenhause.*** *Von Prof.* ***Curt Wallis,*** *Stockholm. (Hygiea. 1892, Juni. pag. 578.)*

Im Krankenhause zu Upsala wurde vom Herbst 1888 bis August 1891 17mal bei sogenannter Perityphlitis (davon 16mal im Anfalle und 1mal in freiem Intervall) operirt. Bei 8 Kranken waren Abscesse in der rechten Fossa iliaca, oder in dieser und der Regio lumbalis vorhanden. Nur in 2 Fällen dieser Art wurde der wurmförmige Fortsatz gefunden; von den übrigen 6 wurden drei recidiv und eine Frau starb an Pyämie in Folge eines gegen den von *Lennander* geöffneten Abscess und gegen die Peritonealhöhle abgekapselten Eiterherdes, der den wurmförmigen Fortsatz enthielt. In diesem Falle war die Operation der während der Affection entbundenen Frau 6 Wochen nach dem Beginne, in den anderen Fällen 7—14 Tage nach der Erkrankung ausgeführt. Auf Grund der übrigen, sämmtlich günstig verlaufenen Operationsfälle bei Appendicitis, in denen noch früher operirt war, spricht sich *Lennander* für möglichst frühzeitige Operation, entweder vor der Ruptur des wurmförmigen Fortsatzes oder nach dieser, bevor ein grosser Abscess sich gebildet hat. Wenn sich die Operation der Perityphlitis im Anfalle auf die schwersten Fälle, wo Indicatio vitalis besteht, beschränken muss, so ist bei chronischer recidiviren

der Perityphlitis die Operation in dem Intervalle nur nach vorhergehendem Versuche, die Affection durch Massage zu heilen, angezeigt. Verschiedene schwedische Badeärzte, wie *Holleday, Wretlind, Murray,* haben ganz vorzügliche Erfolge damit erzielt, doch bedarf es einer monatelang und stets vom Arzte selbst besorgten Massage. Indessen bleiben immer Fälle übrig, wo die Veränderungen im Processus vermiformis und die Verwachsungen in dessen Nähe von solcher Beschaffenheit sind, dass die Massage höchstens Infiltration und Oedem zum zeitweisen Schwinden bringen kann, ohne die Tendenz zu Recidiven zu verringern. In zwei Fällen, die *Lennander* operirte, waren ausgedehnte Netzadhärenzen in der Fossa iliaca vorhanden, die mit Nothwendigkeit Spannungen und Zerrungen der Gedärme unter verschiedenen Verhältnissen zur Folge haben mussten. — In einem von *Perman* operirten Falle fand sich Verfettung der Leber und anderer Organe, deren Beziehungen zum Krankheitsprocesse nicht völlig aufgeklärt wurden. — Nach einer von *Curt Wallis* ausgeführten Statistik der Todesfälle durch Appendicitis und Perityphlitis im Krankenhause Sabbatsberg liefern diese Affectionen nur einen unbedeutenden Beitrag zur Mortalität. Von 3085 Todesfällen waren 52 oder 1·7 Procent Folge von eiteriger Peritonitis in der Cöcalgegend, von denen 35 oder 70 Procent von Entzündung des Processus vermiformis ausgingen. Von den Gestorbenen waren 24 männliche und nur 11 weibliche, so dass Männer doppelt so viel an Appendicitis zu Grunde gehen als Frauen. Besonders wichtig ist das Leiden als Todesursache für die Altersperiode von 10—20 und 20—30 Jahren beim männlichen Geschlechte, wo sie 4·8, beziehungsweise 4 Procent aller in diesem Alter Verstorbenen ausmacht. Bei Männern über 45 und Frauen über 54 Jahren kam in Sabbatsberg kein einziger Fall vor. *Husemann.*

932. ***Physiologie und Diätetik der Nachgeburtsperiode.*** *Von* ***Samuel Chazan,*** *Grodno. (Samml. klin. Vortr. Nr. 52.)*

Die fast ausschliesslich den persönlichen Standpunkt des Verf. in dieser Frage wiedergebenden Ausführungen beginnen mit der Schilderung der anatomischen Verhältnisse, welche bei der Lösung und Ausstossung der Nachgeburt in Betracht kommen, worauf eine recht gute und den thatsächlichen Verhältnissen Rechnung tragende Besprechung der die Nachgeburtslösung vorbereitenden Momente folgt. Nachdem Verf. sodann in ihren Hauptumrissen die Ursachen besprochen hat, Dank welchen die Lösung der Placenta bald früher, bald später erfolgt, gelangt er zur Betrachtung der Momente, welche die Austreibung der gelösten Placenta aus dem contrahirten Theile der Uterushöhle zu Stande bringen, was seiner Ueberzeugung gemäss ausschliesslich von den Uteruscontractionen besorgt wird. Was aber den Modus der Ausstossung betrifft, so ist derselbe ein sehr variirender, und kann abhängig sein vom Sitze der Placenta, der Vertheilung der Musculatur an den Uteruswandungen, von der Form des entleerten Uterus, und der näheren oder weiteren Entfernung des Eihautrisses vom unteren Theile der Placenta. Auch kommt es darauf an, ob die Placenta durch dieselbe Wehe ausgestossen wird, welche sie gelöst hat, oder durch eine spätere. Bei der Besprechung der Behandlung der Nachgeburtsperiode empfiehlt Verf. für alle Fälle einer normalen Geburt das Abwarten

in der Dauer einer halben Stunde und dann, falls Nachhilfe noththut, den *Credé*'schen Handgriff. Die recht gut und fleissig geschriebene Abhandlung ist wohl nur für den praktischen Arzt berechnet, der Specialist wird nichts Neues darin finden.

v. Buschman.

933. ***Magenschusswunde, spontane Heilung.*** *Von* **P. Berger.** *(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. XVII, pag. 575. — Centralbl. f. Chir. 1892. 32.)*

Der Aufsatz bringt ein neues Beispiel einer spontanen Heilung einer Magenschusswunde bei rein diätetischer Behandlung. Die Diagnose ist gesichert durch sofort nach der Verletzung auftretendes Bluterbrechen. Von Bedeutung für den Verlauf war jedenfalls der Umstand, dass der 19jährige Patient seit 24 Stunden nur ein Stückchen Chocolade kurz vor der Verletzung genossen hatte. Seine persönlichen Erfahrungen über perforirende Bauchwunden fasst Verf. in folgende Angaben zusammen: 2 Fälle von Magenschusswunden heilten bei exspectativer Behandlung; 2 Verletzungen des Dickdarmes, eine durch Stich, die zweite durch Schuss erzeugt, heilten gleichfalls, erstere nach Naht einer Darmwunde und Resection eines Netzstückes, letztere bei abwartendem Verhalten; von 4 Patienten mit multiplen Dünndarmwunden, sämmtlich mit Laparotomie behandelt, genas nur ein einziger. Verf. ist ein erklärter Anhänger frühzeitiger Laparotomie bei perforirenden Bauchwunden. Nur wenn bereits mehrere Stunden seit der Verletzung verflossen sind, ohne dass sich die mindesten beunruhigenden Zeichen eingestellt hatten, wartet er zunächst bei Opiumdarreichung und Innehalten absoluter Diät noch weiter ab, um so eher, je längere Frist bereits seit dem Unfall und der Einholung seines Rathes ohne jede Störung verstrichen ist.

934. ***Ueber die curative Wirkung mancher explorativen Laparotomien.*** *Von* **Richelot.** *(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. XVII, pag. 541. — Centralbl. f. Chir. 1892. 33.)*

Die Thatsache, dass in einer grossen Anzahl von Fällen ein Ascites durch einfachen Explorativschnitt dauernd geheilt wurde, steht fest; wie die Heilung erfolgt, ist unbekannt. Noch weit unerklärlicher aber sind Fälle, auf die Verf. Aufmerksamkeit lenkt, in denen bei Fehlen jedweder Flüssigkeitsansammlung, beim Bestehen massenhafter unlöslicher Adhäsionen, z. B. zwischen Uterus, seinen Anhängen und der Wand des kleinen Beckens, die einfache Laparotomie Heilung brachte, ohne dass auch nur eine Adhäsion getrennt wurde, und zwar nicht nur Heilung von den subjectiven Beschwerden, sondern auch das Verschwinden objectiv nachweisbarer alter narbiger Exsudatmassen. Der sonderbarste Fall, den er mittheilt, ist folgender: 40jährige Frau, leidet seit 6 Jahren an schwerer chronischer Metritis und Perimetritis, schreit die ganze Nacht vor Schmerzen, ist so schwach, dass sie das Bett nicht verlassen kann, fiebert; die Temperatur schwankt zwischen 38 und 39·5°; der Urin enthält geringe Mengen Eiweiss. Die bimanuelle Palpation ist enorm schmerzhaft, zeigt den Uterus unbeweglich, in eine bretth arte, das ganze kleine Becken ausfüllende Masse eingebettet. Auf dringendes Verlangen der Kranken entschliesst sich Verf. zu einer Scheinoperation, öffnet die Peritonealhöhle 3 Cm.

weit. Der eingeführte Zeigefinger trifft auf eine fibröse Masse, in der sich weder Uterus, noch Anhänge erkennen lassen. Es fehlt jede Spur von Flüssigkeit. Die Bauchhöhle wurde sofort wieder geschlossen. — Sonderbarer Weise fiel gleich nach dem Eingriff das Fieber und kehrte nicht mehr wieder, die Schmerzen hörten vollständig auf, die Kranke erholte sich schnell und blieb dauernd gesund. Eine 6 Monate später vorgenommene Palpation liess in der kleinen Beckenhöhle Alles weich fühlen, nichts mehr von den früheren derben Massen. Eine Erklärung dieser Fälle ist zur Zeit unmöglich. Die Thatsachen müssen als absolut sicher gelten und geben wohl Anlass zu einer Erweiterung der Indicationen zur Laparotomie. Hoffentlich verführen sie aber nicht allzu häufig zu indicationslosem Operiren.

935. ***Eine neue Behandlungsmethode des Puerperalfiebers.*** *Von* ***P. Outerbridge****, New-York. (Amer. Journ. of obstetr. Juniheft 1892, pag 827.)*

In der Sitzung vom 1. März 1892 der New-York Obstetrical Society theilt Verf. eine neue Behandlungsmethode des Puerperalfiebers mit. Da diese Erkrankung stets auf eine Uebertragung septischen Giftes auf das Genitalrohr zurückzuleiten ist, so muss man trachten, dieses Gift möglichst rasch zu vernichten und sehen, dass es nicht über den Uterus hinauf in den Organismus eindringt. Zu diesem Behufe wird, sobald die Puerpera erkrankt, die Vagina mit grüner Seife mittelst einer schmalen Bürste gehörig gereinigt und desinficirt. Hierauf wird die Cervix mittelst Speculis freigelegt, fixirt und der Uterus mittelst eines mit Watte umwickelten Wischers gehörig ausgewischt. Hierauf nimmt man einen reinen, mit Watte umhüllten Wischer, der in Sublimatlösung getaucht wird und wischt mit diesem die Uterusinnenwand gehörig aus. Dann nimmt man eine lange, dünne, mit Watte umwickelte Sonde und wischt die Tuben aus. Diese Manipulation wird je nach Bedarf jede Stunde oder alle 2—3 Stunden wiederholt. Nebenbei wird ein Mittelsalz gegeben, um Stuhl zu erzielen. Diese Behandlungsmethode wurde in der Sitzung der erwähnten Gesellschaft — wie begreiflich — mit Enthusiasmus aufgenommen und meinte man ganz richtig, dass einer solchen Manipulation schon eine Excochleation mit nachträglicher gehöriger Desinfection des Uteruscavum vorzuziehen sei.

Kleinwächter.

936. ***Zur Lehre von den angeborenen Anomalien der weiblichen Geschlechtsorgane. Anus praeternaturalis vestibularis bei einem 14jährigen Mädchen.*** *Von* ***G. Himmelfarb****, Arzt am städtischen Krankenhause in Odessa. (Arch. f. Gyn. Bd. XLII, Heft 2, pag. 372.)*

Ein 14jähriges, noch nicht menstruirtes, mässig gut genährtes, 135 Cm. hohes Mädchen zeigte folgende Anomalie an den äusseren Genitalien. Die grossen und kleinen Labien sind normal gebildet. Die ersteren vereinigen sich zu einem Frenulum, von dem nach unten und hinten hin eine Raphe zieht, in deren Mitte man eine kleine pigmentirte Hautvertiefung sieht. Der Anus fehlt. Derselbe befindet sich über dem Frenulum, unter dem Hymen im Vestibulum. Er hat einen strahlenförmigen Rand und einen gut entwickelten inneren Sphincter. Urethra, Hymen, Vagina und Uterus

sind normal gebildet. Blase und Rectum functioniren normal. Der Stuhl kann normal zurückgehalten werden. Der Anus führt fast ohne jede Krümmung in das Rectum. Die Brüste sind wenig entwickelt, der Mons veneris ist nur spärlich behaart. Nebenbei zeigte das Mädchen noch folgende Missbildungen. An der rechten Hand ist der Daumen nur rudimentär, der erste Mittelhandknochen ist mangelhaft entwickelt. Die Handwurzel ist nach aussen abducirt, der Radius ist verkürzt. Der linken Hand fehlt der Daumen, der Vorderarm ist verkürzt, bogenförmig gekrümmt, der Radius fehlt. Das Handwürzel-Vorderarmgelenk ist noch mehr pronirt als links. Ausser dem Daumen fehlt noch der erste Mittelhandknochen. Das linke Bein ist dünner als das rechte, ebenso das linke Ohr. Die linke Gesichtshälfte ist weniger entwickelt als die rechte. Am Rücken finden sich weisse Flecke (Leucopathia congenita). Die Verbildung des Vestibulums ist darauf zurückzuführen, dass der untere Rand der urethro-rectalen Scheidewand die Cloakenöffnung in dem Momente noch nicht erreichte, als schon die Zusammenlöthung der ano-genitalen Falten begann. Diese Falten berührten sich und wurden zusammengelöthet, während das untere Segment des Cloakenganges sich zu theilen fortfuhr, wobei das Rectum vor der Hautbrücke, die durch die Vereinigung der ano-genitalen Falten gebildet wurde, verlängert wurde und seine Mündung in das Vestibulum zu liegen kam. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

937. ***Eine einfache Methode zur schnellen Beseitigung der Epistaxis.*** *Von* **A. A. Philipp.** *(The Lancet. 1892. Juni. — Deutsch. med. Ztg. 1892. 70.)*

Die Methode empfiehlt sich besonders beim Fehlen sonstiger Instrumente. Ein Stück von altem, weichem, dünnem Baumwoll- oder Seidenstoff, im Umfange von circa 15 Ccm., wird in seiner Mitte über eine Sonde, metallene Thermometerscheide oder einen Federhalter nach Art eines Regenschirmdaches gelegt und so in eine Nasenhöhle des Pat. bei sitzender, mit dem Kopfe nach hinten und etwas nach unten gebeugter Position eingeführt. Derselbe wird nach hinten gedrängt, bis man fühlt, dass die Spitze des Trägers in der nasopharyngealen Höhle angelangt ist; sodann wird der solide Träger extrahirt, worauf der so entstandene Beutel, dessen Innenseite man mit irgend einer im Haushalte fast immer vorräthigen, adstringirenden Substanz, wie Alaunlösung, Terpentin etc. bepinselt, mit einer erheblichen Menge von Baumwolle ausgefüllt wird. Der die ganze hintere Nasenhöhle obstruirende, feste Tampon, dessen Inhalt trocken oder ebenfalls mit einer adstringirenden Lösung durchtränkt sein kann, wird nun an der vorderen Oeffnung mit einem Faden fest geschnürt, dessen kurz abgeschnittene Enden mittelst einer Anheftungssubstanz aussen befestigt wurden. Diese geschilderte Methode ist leichter als jede andere, bei der beide Nasenhöhlen tamponirt werden müssen. Der Beutel bleibt so lange in situ, wie jeder andere Nasentampon, und bei der Entfernung desselben wird zuerst dessen Inhalt nach und nach mit einer kleinen

Zange herausgezogen. Besteht noch Blutung, so wird der leere Beutel mit Carbolsäure oder Lösung von übermangansaurem Kali ausgespritzt und von Neuem mit Baumwolle ausgestopft; ist aber die Blutung sistirt nach Entfernung des Inhaltes, so extrahirt man vorsichtig den Beutel, bei etwaiger Adhärenz an die Schleimhaut nach vorheriger Ausspülung mit warmem Wasser. Vortheile des Verfahrens sind: Man kann keine Verletzung des Nasenbodens oder weichen Gaumens anrichten. Durch die Ausstopfung wird kein reflectorischer Husten, Erbrechen etc. verursacht. Die Gegenwart störender Fäden oder sonstiger obstruirender Substanzen während der Lagerungsdauer des Beutels ist ausgeschlossen. Letzterer kann entfernt werden, ohne dass eine Verletzung der Schleimhaut oder eine neue Blutung verhütet wird. Auch bei Nachblutungen von Nasenoperationen beobachtete Verf. eine sehr günstige Wirkung durch Anwendung dieser Methode.

938. ***Ueber Zusammentreffen von disseminirter Chorioiditis und hämorrhagischer Retinitis der Netzhautblutungen am gleichen Auge.*** *Von Prof.* ***Th. Leber.*** *Festschrift zur Feier des 70. Geburtstages von Hermann v. Helmholtz. (Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1892. August.)*

Eine 30jährige Frau, welche auf beiden Augen das Bild der disseminirten Chorioiditis zeigte, machte erst rechts, dann links eine acute hämorrhagische Papilloretinitis durch. Aetiologie unbekannt. Ausgang in Heilung. Aehnliches zeigte sich auf dem linken Auge eines 76jährigen. Eine Reihe anderer, offenbar zu den juvenilen Formen gehöriger Fälle zeigten sämmtlich bei jugendlichen Individuen nebenher noch starke Glaskörperblutung. Die Differenz der Erscheinungsform bei gleicher Ursache in der Netz- und Aderhaut leitet Verf. von der verschiedenen Gefässanordnung in beiden Membranen her. Es ist kein Uebergreifen von der einen auf die andere, sondern gleichzeitige Erkrankung beider, zuweilen combinirt mit Iritis serosa. Ueber die Aetiologie ist nichts Sicheres ermittelt. Als Therapie wird salicylsaures Natron vorgeschlagen.

939. ***Zur Frage des Einflusses der Gonorrhoe auf das Wochenbett und auf die Augenerkrankungen der Neugeborenen.*** *Von Dr.* ***R. v. Steinbüchel.*** *Aus der Universitäts-Frauenklinik des Prof. Dr. Chrobak. (Wien. klin. Wochenschr. 1892. 21. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1892. August.)*

Das Genitalsecret von 334 Schwangeren untersuchte Verf. bacteriologisch und erhielt 73 positive Befunde von Gonorrhoe, 258 negative. Von den neugeborenen Kindern der Untersuchten (von welchen letzteren 21, weil unentbunden entlassen, nicht in Betracht kommen konnten) erkrankten 13 (4·153%) an blennorrhoeartigen Affectionen der Augen. Die specifischen Diplococcen fanden sich aber nur in dem eiterigen Augensecrete von 4 Kindern (1·28%), von denen nur bei 3 (0·898%) eine Primärinfection während der Geburt sicher angenommen werden konnte. Von den Kindern der 70 tripperkranken Mütter erkrankten an Augenaffectionen 6 (8·56%), und zwar je 3 an virulenten und nicht virulenten Augenaffectionen (4·28%). Von den 313 Neugeborenen erkrankten an Augenaffectionen 13 (4·15%), an virulenten Augenerkrankungen 4 (1·28%), an nicht virulenten 9 (2·87%). Im Ganzen erkrankten an der

zweiten geburtshilflichen Klinik von 5994 in der Zeit vom 1. Juli 1889 bis 1. Juli 1891 geborenen Kindern 105 (1·75%) an acuten eiterigen Bindehautentzündungen. Der grösste Theil dieser Augenaffectionen waren Reizungscatarrhe und leichte Entzündungen, hervorgerufen durch unrichtige, laxe Anwendung des *Credé*'schen Verfahrens von Seite der Hebammen. Von den 105 Augenaffectionen traten 34 (32·38%) schon in den ersten 48 Stunden auf. Den ungünstigen Procentsatz von Augenerkrankungen bei dem kleinen Materiale von 313 Neugeborenen gegenüber dem Materiale von 6000 Kindern erklärt Verf. durch Unzukömmlichkeiten, die sich in der letzten Zeit bei Anwendung des *Credé*'schen Verfahrens eingeschlichen hatten.

940. ***Ueber die relative atrophische Rhinitis.*** *Von Dr.* ***Coultoux.*** *(Annal. des malad. de l'oreille. 1892. 8. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1892. IX.)*

Verf. behauptet, dass die atrophische Rhinitis immer erst als Folge einer Hypertrophie der Schleimhaut der Muscheln und des Retronasalraumes eintritt und dass bei Beginn der Rhinitis atrophicans zunächst die unteren Muscheln atrophisch werden. Die Rhinitis atrophicans wird wegen der Enge des Rhinopharynx bei gleichzeitiger Weite des Nasenraumes zur Ozaena. Je auffallender die Verengerung des Nasenrachenraumes (adenoide Vegetationen) im Vergleiche zur Schrumpfung der Schleimhaut der Muscheln ist, desto mehr Chancen bietet die Behandlung der Krankheit mittelst operativer Entfernung der Ursachen der Verengerung. Bei absoluter Atrophie sind sowohl Nase als Retronasalraum dilatirt. Bei Ozaena muss der Retronasalraum untersucht werden, die Hypertrophie der Schleimhaut desselben zeigt an, dass sich die Atrophie noch im ersten Stadium befindet und muss operativ behandelt werden.

941. ***Schwere Erkrankung der Kindheit mit symmetrischen Veränderungen der beiden Maculae luteae.*** *Von* ***E. C. Kingdon.*** *Sitzung der engl. Ophthalmological Society. 1892. 5. Mai. (Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1892. August.)*

Verf. berichtet über den Krankheitsfall eines 8monatlichen Knaben, welcher vom dritten Monate seines Lebens ab von einer allgemeinen Schwäche aller Rumpf- und Extremitätenmuskeln und psychischem Verfall ergriffen wurde, ohne dass eine Ursache dafür, weder in einer voraufgegangenen Krankheit, noch aus der Anamnese der Familie eruirt werden konnte. Zugleich erkrankten beide Netzhautmitten, in welchen eine etwa zwei papillendurchmessergrosse, grauweisse Fleckung auftrat, aus deren Centrum die Fovea als dunkelkirschrother Punkt hervorstach. Ausserdem begannen beide Optici abzublassen. Die Section des Gehirns ergab deutliche Veränderungen der Pyramidenzellen der Rinde, ihre Form war meist rund oder oval, das Zellprotoplasma zeigte Vacuolenbildung und bildete eine unregelmässige, schrumpfende Masse um den Kern. Im Rückenmark fand sich absteigende Degeneration. Die histologische Untersuchung der Augen verlief wegen Faltung der Retina im Centrum negativ. Wegen der grossen Aehnlichkeit dieses Falles mit den von *Magnus, Goldzieher, Hirschberg, Wadsworth* und *Knapp* mitgetheilten hält Verf. diesen Symptomencomplex für ein Krankheitsbild sui generis.

Dermatologie und Syphilis.

942. ***Ein Fall von Lichen ruber planus mit Affection der Mundschleimhaut.*** *Von Dr.* ***Magnus Moeller,*** *Stockholm. (Hygiea. 1892, Bd. LIV, Heft 4, pag. 362.)*

943. ***Gibt es eine vesiculöse Form von Lichen ruber?*** *Von Dr.* ***Magnus Moeller.*** *(Nordiskt med. Arkiv. 1892. 18.)*

Dass in einzelnen Fällen eine Verwechslung von Lichen ruber planus mit Syphiliden nicht unmöglich ist, beweist eine Beobachtung von Verf., bei welcher die Affection von den Geschlechtstheilen (Glans penis und Scrotum) ausging und dann auf den Armen und Beinen und schliesslich auch auf die Mundschleimhaut sich localisirte. Hier konnte das Exanthem an den Genitalien für ein papulöses Syphilid, der Ausschlag an den Extremitäten bei oberflächlicher Untersuchung für Psoriasis syphilitica und die Mundaffection für Folge von Quecksilber gehalten werden. Psoriasis war allerdings leicht durch die starke Infiltration der Papeln und die begleitenden Schleimhautaffectionen auszuschliessen, während die trockene Beschaffenheit, das glänzende Aussehen und die stark verdickte Epidermis der Papeln in der vom Präputium bedeckten Glans, sowie das Fehlen von Drüsenanschwellungen die Annahme von syphilitischen Papeln ausschloss. Ebenso konnte, von der Actiologie abgesehen, die grössere Indolenz und die deutliche Epithelverdickung der Mundaffection bei Abwesenheit jeder Lockerung der Schleimhaut im Munde die Natur der Mundaffection bei genauerer Untersuchung nicht verkannt werden. Das Leiden heilte unter Behandlung mit steigenden Gaben Arsen mit Hinterlassung kleiner atrophischer Flecke und der für Lichen charakteristischen sepiabraunen Färbung. Auf Grund mikroskopischer Schnitte neigt sich Verf. der Ansicht zu, dass bei Lichen ruber acuminatus die Haarbälge und ihre Umgebung, bei Lichen ruber planus dagegen die Umgebung der Ausführungsgänge der Schweissdrüsen der Ausgangspunkt des Leidens sei, wo sich das Maximum der Infiltration und Zellwucherung findet. Entsprechend der Annahme von *Crocker* und *Török,* dass die centrale Depression der typischen Lichenpapeln durch retrahirende Wirkung der Schweissdrüsengänge sich erkläre, fand Verf. bei Schnitten durch das Centrum der Papeln constant die Mündung einer Schweissdrüse. Lichen ruber als Affection der Mundschleimhaut ist wiederholt (in Berlin sogar von *Koebner* unter 52 Fällen 7mal) beobachtet. Mitunter bildet sogar die Mundschleimhaut den Ausgangspunkt des Ausschlages. Sie kann an der Zunge (an der Ober- und Unterfläche und an den Rändern), an den Lippen und der Innenfläche der Wangen, am Frenulum der Oberlippe, in seltenen Fällen auch am weichen Gaumen, der Uvula, dem Zahnfleische und dem harten Gaumen, in Form grösserer Plaques als Punkte, Knötchen und Striemen von mattweisser, bisweilen perlmutterartig glänzender Farbe auftreten. Die Infiltration ist in den meisten Fällen gering, bisweilen entstehen aber durch das Zusammenfliessen circumscripte Prominenzen. Abschuppung findet im Munde nicht statt. Wenn man allgemein gewohnt ist, mit *Erasmus Wilson* und *Hebra* den Lichen ruber als ein persistirendes papulöses Exanthem zu definiren, so kommen doch Fälle vor, wo auf einer kleinen,

senfkorngrossen, stark rothen Papel sich central oder excentrisch weissgelbe, miliariaähnliche Bläschen mit rahmartigem Inhalte erheben, die nach 3—4 Tagen zu kleinen, wachsartigen, leicht entfernbaren Schuppen eintrocknen. Die in einem solchen Falle von Verf. ausgeführte Untersuchung ergab die Abwesenheit von Mikroben. Arsenik wirkte auch hier curativ. *Husemann.*

944. ***Der acute Jodismus und seine Gefahr in der Syphilisbehandlung.*** *Von Doc. Dr.* ***E. Finger.*** *(Wien. med. Wochenschr. 1892. 37 u. 38.)*

Wie Verf. ausführt, reicht die übliche Vorsicht in der Darreichung des Jodkalium, der Beginn mit kleinen Dosen und das allmälige Steigen der Dosis nicht aus, um vor den unangenehmen Erscheinungen des Jodismus zu bewahren. Allerdings zeigt der menschliche Organismus dem Jod gegenüber eine rasche Angewöhnung, doch bei zu acutem Jodismus disponirten Individuen werden schon sehr kleine Dosen Jodkalium, ja, wie manche Autoren meinen, gerade die kleinen Dosen schon schwere Erscheinungen bedingen können. Was die Prophylaxis des acuten Jodismus betrifft, so besitzen wir in der That Mittel und Wege, demselben entgegenzutreten. Das wirkungsvollste Mittel ist die Darreichung des Jodkaliums in Milch. Die pro dosi zu nehmende Menge Jodkalium wird in einem grösseren Quantum Milch, $^1/_4$—$^1/_2$ Liter und mehr, aufgelöst getrunken. Es deckt die Milch dann nicht nur den für Viele unangenehmen Geschmack des Jodkalium, sie wirkt direct den Erscheinungen des Jodismus entgegen. Unter der Voraussetzung, die Zersetzung des Jodkalium im Organismus erfolge unter der Mitwirkung der Nitrite und der Kohlensäure, schlägt *Roehmann* vor, salpeterfreie Nahrung zu reichen, da Nitrite nur dann zur Bildung und Ausscheidung kommen, wenn man dem Organismus mit der Nahrung Sauerstoffsäuren des Stickstoffes zuführt. Als geeignete Nahrung empfiehlt *Roehmann* Milch, Fleisch und Weissbrot, die keine Salpetersäure enthalten. Es würde sich dadurch auch die prophylactische Wirkung der Milch erklären. Ein minder verlässliches Prophylacticum als die Milch ist das von *Aubert* empfohlene Extractum belladonnae, das mit dem Jodkalium gleichzeitig im Verhältniss von 0·01 pro 1·0 Jodkalium verordnet wird. Ebenso pflegen die Erscheinungen des Jodismus gering zu sein oder auszubleiben, wenn man das Jodkalium mit dem gleichen Quantum Bromkali gemischt reicht. Von therapeutischen, das heisst Mitteln, die einen Anfall von acutem Jodismus rasch zu coupiren im Stande sind, ist zunächst das Chinin zu nennen, das schon *Wallace* in Dosen von 0·15—0·20 unmittelbar bei Beginn der Erscheinungen des Jodismus, oder dort, wo diese erfahrungsgemäss auftreten, gleich nach dem Genusse des Jodkaliums zu nehmen empfahl. Von theoretischen Gesichtspunkten ausgehend, empfiehlt *Ehrlich*

Rp. *Acid. sulfanilici 4·0—6·0,*
Aq. destill. 150·0,
Natri bicarbonic. 3·0—4·0

auf einmal zu nehmen. *Ehrlich* sowohl als *Krönig* beobachteten rasche Coupirung des Anfalles. Doch ist das Mittel recht kostspielig. Einfacher und doch wirkungsvoll ist die von *Roehmann*

empfohlene Verabreichung des Natrium bicarbonicum in zwei Dosen von je 5·0—6·0 bei Beginn des Anfalles. Auch das Antipyrin, in Dosen von 0·5 zwei- bis dreimal in halbstündigen Intervallen gereicht, erwies sich Verf. in manchen Fällen, insbesondere gegen die cerebralen Erscheinungen, als wirkungsvoll.

945. ***Die Prostatahypertrophie und ihre operative Behandlung.*** *Von* **E. L. Keyes.** *(Med. Record. 1891. 31. October. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 813.)*

Verf. hat 11 Fälle von Prostatahypertrophie durch Prostatectomie operirt, davon 3 nach Perinealschnitt, 8 nach hohem Blasenschnitt. Er bezeichnet die Erfolge der Prostatectomie als ganz ausgezeichnete. Die Operation vom Perineum aus ist weniger schwer, aber auch entschieden weniger zuverlässig als die suprapubische. Sie sollte nur bei Complicationen der Harnröhre vorgezogen werden. Ausserdem kann sie bei sehr schwachen Männern gewählt werden. Die Operation ist bei der gegenwärtigen Statistik nicht gerechtfertigt, wenn der Patient mit Hilfe des Catheters behaglich leben kann. Für die Operation ist kein Zustand der zu operirenden Theile oder des Patienten Contraindication, es sei denn, er wäre moribund. Durch die Operation wird in verzweifelten Fällen das Leben oft thatsächlich gerettet, obwohl sie schwer und ihre Mortalität hoch ist. Mit dem scharfen Löffel kann besser als mit irgend einem anderen Instrument der Abflussweg aus der Blase vertieft und polypöse oder interstitielle Gewächse, die in die Höhlung der Prostata hineinragen, können entfernt werden. Dies ist aber für den Erfolg der Operation wichtiger als die Wegnahme eines grossen Theiles des Prostatakörpers. Das Instrument, das nächstdem am meisten leistet, ist die gekrümmte Scheere, am allerwichtigsten aber ist der geschickte Finger. Die Hauptarbeit wird mit dem Gefühl gethan, da die Blutung bald so stark wird, dass ein Operiren unter Controle der Augen unmöglich ist. Wenn die Nieren geschädigt sind, ist Diuretin vielleicht werthvoll, sicher schadet es nichts. Als Anästheticum sollte der Nieren wegen Chloroform allein gebraucht werden.

946. ***Ueber Strictur der Harnröhre.*** *Von* **Lydston.** *(Times and Register Philad. 1892. 9. Januar. — Centralbl. f. Chir. 1892. 36.)*

Verf. entwickelt seine Ansicht, wonach Reibung der Hauptfactor für das Zustandekommen aller derjenigen Stricturen ist, welche nicht direct durch Aetzmittel oder mechanische Gewalt erzeugt werden. Die normale Harnröhre ist, wie bekannt, nicht überall gleich weit, wir finden vielmehr, und besonders in der Pars pendula, mehr elastische nachgiebigere gegenüber weniger elastischen unnachgiebigeren Stellen. Bei gesunder Harnröhre ist dies nicht von Belang, wohl aber bei entzündeter, wo die Lichtung enger, die Reibung im Inneren beim jedesmaligen Uriniren vermehrt ist. Man vergleiche nur die Harnröhre mit einem Gummirohr, um welches herum man hier und da Gummiringe gelegt hat, von denen der eine eine Einschnürung des Rohres erzeugt, der andere zwar keine Einschnürung erzeugt, aber der elastischen Ausdehnung beim Durchpressen von Flüssigkeit Widerstand entgegensetzt. An allen weniger nachgiebigen Stellen der durch Trippergift entzündeten Harnröhre wird sich der Urinstrahl stossen, die auf-

gelockerten Epithelien werden mechanisch weggeschwemmt, und alsbald ist eine wunde Stelle vorhanden, an welcher die eigentliche Strictur zu Stande kommt. Je stärker die Tripperentzündung, um so stärker die Reibung des Urins an den genannten Stellen, um so stärker die Exfoliation und Stricturbildung. Kleine Einrisse in die Harnröhrenschleimhaut bei heftigen Erectionen können auf dieselbe Weise zu Stricturen führen. Verf. meint, die Zahl der Stricturen in der Pars pendula verhalte sich zu denen in der Pars membranosa fast wie 10:1, aber beim Sondiren trete oft Krampf in der Pars membranosa auf, und dadurch werde der Sitz der Strictur dorthin verlegt. Verf. ist ferner der Ansicht, dass Reflexneurosen (Atonie der Blase, Incontinentia urinae, Neuralgie der Hoden, Depressionszustände im Centralnervensystem etc.) viel öfter Folge von oft keineswegs engen Stricturen sind, als angenommen wird, und dass sie nach Heilung der Strictur verschwinden. Patienten mit engen Stricturen befinden sich oft in einem gewissen Grade von Toxämie; von der Strictur und der hinter ihr gelegenen Portion der Harnröhre aus werden Ptomaine in's Blut übergeführt; die Fröste beim Catheterisiren kämen nicht von ungefähr, eben so wenig wie Cystitis, Pyelitis etc., welche alle Secundärinfectionen sind. Bei der Behandlung ist die milde Dilatation, nicht zu oft, alle 2—3 Tage mittelst Bougies ausgeführt, in den Vordergrund zu stellen, besonders für Fälle der Pars pendula; führt sie nicht zum Ziele, so tritt die innere, aseptisch ausgeführte Urethrotomie in ihr Recht. Bei Stricturen der Pars pendula führt Verf. fast nur die äussere Urethrotomie aus.

947. ***Syphilitische Herzaffectionen.*** *Von Prof.* **Semmola.** *(Le Bull. méd. 1892. — Med. Neuigkeit. 1892. 34.)*

Schon im Jahre 1859 hat *Virchow* auf Grund pathologisch-anatomischer Beobachtungen die Möglichkeit von Beziehungen zwischen Syphilis und Erkrankung des Myocards behauptet. In den letzten Jahren mehrten sich diesbezügliche Beobachtungen und Mittheilungen in der Literatur. Es handelt sich um Herzerkrankungen, deren syphilitische Basis entweder durch die Gegenwart von Gummata im Herzfleisch oder auch durch den Erfolg einer specifischen Behandlung erkannt wurde. Alle Beobachter stimmen jedoch darin überein, dass es keine charakteristischen Symptome gebe, welche die Diagnose der syphilitischen Herzerkrankungen am Lebenden gestatteten. Verf. verfügt über zwei Beobachtungen, welche das Vorkommen dieser Herzerkrankungen darthun. Der eine Fall betraf einen Arzt mit den schwersten Erscheinungen eines nicht compensirten Herzfehlers. Die verschiedensten Herzmittel waren ohne Erfolg versucht worden und der Kranke schien verloren. Da erfuhr Verf., dass der Kranke früher syphilitisch war, während er zur Zeit der Beobachtung nicht die geringste Spur von Syphilis zeigte. An *Riccord's* Ausspruch denkend, dass bei einem Syphilitiker Alles vorkommen kann, machte Verf. sofort subcutane Sublimatinjectionen und gab grosse Dosen Jodkalium (3 Grm. in 24 Stunden). Nach vier Wochen war der Arzt frei von Dyspnoe, von Oedem, von Palpitationen, von Arhythmie, und konnte seine ärztliche Praxis wieder aufnehmen, ohne Digitalis oder andere Herzmittel zu brauchen. Seit dieser Erfahrung unter-

liess es Verf. niemals, vorausgegangene Syphilis bei Herzkranken zu berücksichtigen. Eine Frau von 45 Jahren, welche vor 25 Jahren syphilitisch gewesen war, klagte über grosse Unregelmässigkeiten des Pulses. Man hatte eine Arhythmie auf nervöser Grundlage angenommen. Dieser Ansicht schloss sich Verf. nicht an bei der Dauer und Hartnäckigkeit der Arhythmie, welche seit einem Monat sogar während des Schlafes bestand, und verordnete in der Annahme, dass es sich um Folgeerscheinungen der Syphilis (Gumma oder Myocarditis) handle, eine specifische Behandlung (Jodkalium innerlich und Sublimateinspritzungen während des ersten Monats, dann fünf Monate lang mercurielle Einreibungen an den Fusssohlen, täglich 1 Grm.). Die Kranke war nach zwei Monaten vollständig von ihrer Arhythmie geheilt und erfreut sich gegenwärtig vollständiger Gesundheit. Die Schlussfolgerung, welche Verf. aus diesen klinischen Beobachtungen ableitet, ist die: man solle bei einem ehemaligen Syphilitiker mit Symptomen andauernder hartnäckiger Arhythmie, mit oder ohne Athmungsbeschwerden, welche allen hygienischen und pharmaceutischen Mitteln trotzen, sofort den Verdacht haben, dass ein versteckter syphilitischer Process vorliege, und solle dem Kranken eine regelrechte specifische Behandlung anordnen, wenn er auch sonst gar keine Erscheinung von Syphilis zeige.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

948. ***Physiologische Wirkung des Hodenspermins.*** *Von **A. Poehl.** (La Méd. moderne. 1892. 28. Juli.)*

Die Untersuchungen von *Brown-Séquard* haben Verf. veranlasst, die chemischen Bestandtheile des Hodensecretes zu studiren. Er fand in demselben Albuminoide, Lecithin, Nuclein, grosse Mengen von Leukomainen überall in der Drüse verbreitet und einen bedeutenden Vorrath von Spermin. Diese letzte Base fand er nicht nur im Hoden und Prostata, sondern auch in den Ovarien, im Pancreas, im letzteren sogar sehr beträchtlich, in der Thyreoidea, Thymusdrüse, Milz, selbst im normalen Blut. Die physiologischen Versuche mit dem salzsauren Spermin von *Tarchanoff, Maximowitsch, Schichareff, Victoroff, Rosehtschinin, Weljaminoff* etc. haben eine tonisirende Wirkung ergeben, ähnlich wie das Hodensecret selbst. Der Verf. versucht eine Erklärung für die auffallende Wirkung des Hodensecretes und des Spermins zu geben, dahin gehend, dass diese Base nicht oxydirend ist, aber die Oxydation organischer und anorganischer Körper beschleunige. Setzt man salzsaures Spermin zu sehr verdünntem, selbst in Fäulniss begriffenem Blute, so oxydirt an der Luft sehr schnell die Guajactinctur, die sich bläut, wie bei oxygenirtem Wasser. Diese, die Oxydation beschleunigende Eigenschaft des Spermins erklärt die Erscheinungen, die bei Menschen und Thieren durch Injectionen mit dieser Base erzielt worden ist, erklärt die rettende Wirkung bei Chloroformintoxication, bei welcher die Blutoxydation gehemmt ist. Die günstige Beeinflussung dieser Base bei Diabetikern lässt sich nur durch den verminderten

Gehalt des Pancreas an Spermin dieser Kranken erklären. Die tonisirende und nervenbelebende Wirkung des Spermin lässt sich durch dessen, die Oxydation beschleunigende Eigenschaft, durch welche dem Blute die Fähigkeit geboten wird, die Oxydation der Nervenelemente zu beleben, am ungezwungensten erklären. Es oxydiren demnach auch rascher die Leukomaine, die Extractivstoffe scheiden schneller aus, und das Gefühl des Wohlbehagens, wie dies von allen Experimentatoren unzweifelhaft beobachtet wurde, stellt sich ein. Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

949. ***Ueber den Einfluss der Abkühlung auf den Gaswechsel des Menschen.*** *Von Dr.* **A. Löwy.** *(Pflüger's Arch. Bd. XLVI, pag. 198. — Blätter f. klin. Hydrother. 1892. 9.)*

Verf. bediente sich der indirecten Bestimmung der Wärmeproduction aus dem respiratorischen Stoffwechsel (Sauerstoffverbrauch und Kohlensäureausscheidung); als Athmungsapparat diente der von *Zuntz* und *Geppert* für den Menschen angegebene. Die Versuche, von denen im Ganzen 55 Reihen an 16 verschiedenen Individuen im Alter von 21—65 Jahren ausgeführt wurden, geschahen in der Weise, dass zunächst die Grösse des Gaswechsels am bekleideten, sodann am nackten Individuum bei einer Zimmertemperatur von 10—12° festgestellt wurde; häufig wurde noch die Abkühlung durch Besprengen der Haut mit Wasser, Alkohol oder Aether beliebig intensiver gestaltet. In einer anderen Reihe von Versuchen wurden Wasserbäder verwendet, die zuerst auf 36° gebracht, also körperwarm waren, sodann mehr oder weniger stark abgekühlt wurden, oder zunächst kühl waren und später angeheizt wurden. Die neben der Controle des Gaswechsels gleichzeitige Beobachtung des Ganges der Körpertemperatur gab über die Regulirung der Wärme und die Grenzen ihrer Wirksamkeit Aufschluss. Die Resultate, die Verf. erhielt, lassen sich wie folgt zusammenfassen: Nur in 26 Versuchen war O-Verbrauch und CO_2-Ausscheidung in der Kälte gesteigert; 20 Versuche zeigten Constanz, 9 sogar Verminderung des Gaswechsels. Unter den 26 Fällen gesteigerten Gaswechsels erklärt sich dieselbe in 13 Fällen durch sichtbare Muskelthätigkeit: Muskelspannungen und -Zittern, und auch in den übrigen 13 Fällen war die Wirkung von Muskelspannungen nicht sicher auszuschliessen. Die Wärmebildung bleibt also ungeändert, so lange keine, sei es tonische, sei es clonische, Muskelcontractionen auftreten. Solche können bis zu einem individuell verschiedenen Grade der Abkühlung selbst bei beträchtlichem Kältegefühl, vermieden werden, treten aber bei besonders starker und andauernder Kältewirkung endlich doch unwillkürlich und ununterdrückbar auf. Die durch diese Muskelactionen geleistete Mehrzersetzung kann das Doppelte und mehr betragen, sie vermag gleichwohl ein weiteres Sinken der Körpertemperatur nicht zu verhindern. Bei stärkerer Wärmeentziehung sank, wie verschieden sich auch der Gaswechsel und dem entsprechend die Wärmebildung gestaltete, die Körpertemperatur ausnahmslos, meistens schon bei mässiger Abkühlung; im letzteren Falle kann sie sich in einzelnen Fällen constant erhalten. Unter den der Wärmeregulation der Menschen dienenden Einrichtungen kommt der Haut der bedeutsamste Antheil zu. Jeder Kältereiz ruft eine reflectorische Con-

traction der Muskeln und Gefässe der Haut hervor und bewirkt damit eine Verminderung der Wärmeabgabe. Praktisch spielen die vorher genannten unwillkürlichen Muskelcontractionen (Muskelspannungen und -Zittern) für den Menschen um so weniger eine Rolle, als die viel wirksameren Regulationsmittel: Herabsetzung des Wärmeverlustes durch Kleidung und Heizung, Steigerung der Wärmebildung durch willkürliche Muskelthätigkeit, meist schon weit früher, als die unwillkürlichen Muskelcontractionen zu Hilfe genommen werden.

950. ***Welche Rolle können cariöse Zähne bei actinomycotischen Infectionen haben?*** *Von Dr. Iszlai. (Pest. med.-chir. Presse. 1892. 6. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 37.)*

Im Gegensatz zu *Israel* leugnet Verf. die ätiologische Beziehung cariöser Zähne zu actinomycotischen Erkrankungen, und zwar auf Grund folgender Erwägungen: 1. Von den Kranken, die an Unterkieferactinomycose leiden, hat nur der 3.—4. Theil cariöse Zähne, während bei nicht Actinomycotischen cariöse Gebisse etwa 4mal so häufig sind, als gesunde. 2. In keinem der Fälle, in denen Verf. die cariösen Zähne der Actinomycotiker untersuchte, fand sich in demselben eine Spur des Strahlenpilzes. 3. Es lässt sich nicht annehmen, dass dieser Pilz in den mit sauren Fäulnissproducten angefüllten cariösen Zahnhöhlen gedeihen kann, zumal feststeht, dass er sich mit Vorliebe in saftreichem, granulationsfähigem Gewebe ansiedelt. 4. Bei den Thieren, bei welchen die Actinomycose am häufigsten ist (Rindern), kommt Zahncaries niemals vor. Der *Israel*'sche Fall, bei dem ein cariöser Zahn in einem actinomycotischen Lungenherde angetroffen wurde, beruht nach dem Verf. auf einem zufälligen Zusammentreffen, eventuell darauf, dass nicht die Caries des Zahnes, sondern dieser selbst als zufälliger Träger des Strahlenpilzes die Ursache zur Lungenerkrankung gegeben hat. In seiner ablehnenden Haltung fühlt sich Verf., der eher kleine Risse des Zahnfleisches, der Zunge etc. verantwortlich machen möchte, durch einen selbstbeobachteten Fall bestärkt, indem actinomycotische Unterkieferabscesse, die mit cariösen Zähnen und davon ausgehenden Zahnfleischfisteln complicirt waren, durch „antiactinomycotische“ Behandlung geheilt wurden, während diese Fisteln bestehen blieben, und auch die Untersuchung eines cariösen Zahnes den Strahlenpilz durchaus vermissen liess.

951. ***Ueber den Einfluss des Weines auf die Entwicklung der Typhus- und Cholerabacillen.*** *Von Dr. Alois Pick. Aus dem hygienischen Institute d. Universität in Wien. (Centralbl. f. Bacteriol. u. Parasitenkunde. 1892. — Wien. klin. Wochenschr. 1892. 36.)*

Es wurden Aufschwemmungen stets frischer Typhus- und Choleraculturen bereitet; hierauf wurden 5 *Erlenmeier*'sche Kölbchen, welche Wasser, Wein und zu gleichen Theilen mit Wasser gemischten Wein enthielten (Nr. I enthielt 20 Grm. sterilisirtes Wasser, Nr. II 10 Grm. Weisswein und 10 Grm. Wasser, Nr. III enthielt 20 Grm. Weisswein, Nr. IV 10 Grm. Rothwein und 10 Grm. Wasser, Nr. V 20 Grm. Rothwein) mit je 1 Cm. der Typhus- oder Choleraaufschwemmungen versetzt. Von diesen Mischungen wurde nach $^1/_4$—$^1/_2$stündigem Stehen je eine Oese voll in Gelatine, Agar-Agar oder Bouillon übertragen. Nach Verlauf von 24 Stunden wurden

in gleicher Weise Impfungen vorgenommen. Hierbei zeigte es sich, dass schon nach einer kurzen Einwirkung des unverdünnten oder zu gleichen Theilen mit Wasser gemischten Weines eine auffallende Verminderung der Zahl der überlebenden Keime der Typhusbacillen stattfand; nach einer 24stündigen Einwirkung kamen ausnahmslos keine Colonien von Typhusbacillen zur Entwicklung, wobei zu bemerken ist, dass die Wasserproben in beiden Fällen stets massenhafte Colonien aufwiesen. In noch erheblicherem Masse zeigte sich die Einwirkung des unverdünnten oder zu gleichen Theilen mit Wasser vermischten Weines auf die Entwicklung der Choleravibrionen, indem bereits nach einer 10—15 Minuten währenden Einwirkung keine lebenden Vibrionen mehr nachgewiesen werden konnten. Das gleiche Resultat ergaben stets die nach 24stündiger Einwirkung vorgenommenen Aussaaten. Aus den vorstehenden Versuchen geht hervor, dass es zu Zeiten einer herrschenden Typhus- oder Choleraepidemie rathsam erscheint, das Trinkwasser mit dem gleichen Theile Wein zu versetzen, und wird es nun Gegenstand der weiteren Untersuchung sein, festzustellen, wie weit man einerseits mit der Verdünnung des Weines gehen darf, und wie lange andererseits diese Mischungen stehen zu lassen sind, um sicher zu sein, dass die in dem Wasser enthaltenen Typhus- oder Cholerakeime mit Sicherheit vernichtet sind. Auch wird es sich empfehlen, den Wein nur aus Gefässen zu trinken, in welchen er bereits durch 24 Stunden gestanden ist, eventuell für den Genuss gewässerten Weines die Mischung bereits 24 Stunden früher vorzunehmen.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

952. ***Handhabung der Desinfectionsapparate.***

Um einen einheitlichen Vorgang bezüglich der Aufstellung der Dampfdesinfectionsapparate, sowie betreffs des bei dem Betriebe derselben einzuhaltenden Vorganges zu erzielen, hat die k. k. Landesregierung in Troppau am 5. September d. J. über Antrag des schles. Landessanitätsrathes an die unterstehenden Behörden einen Erlass gerichtet, der im Wesentlichen Folgendes bestimmt: Zur Vornahme der Desinfection mit Wasserdampf dürfen nur Apparate benützt werden, welche die Anwendung strömenden überhitzten Wasserdampfes ermöglichen und mit einem Controlapparate ausgestattet sind, welcher die inmitten der zu desinficirenden Gegenstände erreichte Temperatur in sicherer Weise erkennen lässt. Diese Temperatur muss mindestens 100° C. betragen und ist je nach der physikalischen Eigenschaft der Desinfectionsobjecte ein bis drei Stunden zu erhalten. Zur Aufstellung von Dampfdesinfectoren sind nur solche Orte zu wählen, welche frei zugänglich und nicht in unmittelbarer Nähe dicht bewohnter Häuser gelegen sind. Sollen solche Apparate in geschlossenen Anstalten (Spitälern, Gefangenhäusern, Instituten) zur Verwendung kommen, so ist dafür zu sorgen, dass der Zugang zu denselben ermöglicht werde, ohne die allgemein benützten Verkehrsräume passiren zu müssen. Ganz ausser Verbindung mit letzteren hat die Aufstellung solcher Apparate unbedingt dann zu erfolgen, wenn sie gleichzeitig auch öffentlichen

Zwecken dienen sollen. Zum Betriebe der Dampfdesinfectionsapparate ist ein eigenes, in seinen Dienstobliegenheiten wohl zu unterweisendes Personal zu verwenden, welchem auch die Beförderung der zu desinficirenden Gegenstände zu und von den Desinfectionsstellen oder Anstalten übertragen werden kann. Dieses Hilfspersonal ist mit waschbaren, aus einem dichten Stoffe angefertigten Dienstkleidern zu versehen, auch sind an der Desinfectionsstelle Einrichtungen zu treffen, welche es ermöglichen, dass dieses Personal nach vollzogener Desinfection Hände und Gesicht einer gründlichen Reinigung unterziehen, bei Desinfectionsanstalten aber, sowie in den mit Desinfectionsapparaten ausgestatteten Anstalten sich auch baden kann.

Die Zufuhr der zu desinficirenden, sowie die Rückstellung der desinficirten Objecte hat mittelst besonderer, genau bezeichneter Vehikel zu erfolgen, welche vollkommen verschliessbar sein müssen und leicht zu reinigen, beziehungsweise zu desinficiren sind. Vor der Abholung wie vor der Rückstellung der Desinfectionsobjecte hat sich das hiermit betraute Personal nach Desinfection und gründlicher Reinigung der entblössten Körpertheile mit frischen, vorher desinficirten Arbeitskleidern zu versehen. Bei Desinfectionsanstalten hat eine Theilung des Personales in der Art zu erfolgen, dass die Einholung und Abfuhr der Desinfectionsobjecte verschiedenen Personen übertragen wird. Die Durchführung der allgemeinen Desinfection, sowie die Einbringung und Rückstellung der derselben zu unterziehenden Gegenstände ist ausschliesslich durch Gemeindeorgane, in Anstalten aber durch von der Leitung derselben besonders bestellte Personen zu besorgen. Das Desinfectionsverfahren ist in erster Linie von den seitens der Gemeinde hierfür bestellten oder zu bestellenden Aerzten, in den Städten mit eigenem Statute von dem Stadtphysikus zu beaufsichtigen, die Ueberwachung desselben in den übrigen Gemeinden durch die landesfürstlichen Bezirksärzte auszuüben. Von der beabsichtigten Beschaffung von Dampfdesinfectionsapparaten ist den politischen Behörden unter Angabe des Aufstellungsortes die Anzeige zu erstatten und rücksichtlich der Eignung des letzten das Gutachten des Amtsarztes einzuholen.

953. ***Die blutbildende Wirkung des Höhenklimas.*** *Von **Viault**. (La Méd. moderne. 1892. 30. Juni.)*

Verf. studirte am „Pic du Midi“ den Höheneinfluss auf die hämatogene Beschaffenheit des Blutes. 15 Tage vor dem Aufstieg sandte der Verf. verschiedene Versuchsthiere dahin, deren Blut früher auf die Zahl der rothen Blutkörperchen untersucht wurde. Nach 15tägigem Aufenthalte auf dem Gipfel dieses Höhenortes wurde eine bedeutende Vermehrung der rothen Blutkörperchen constatirt. Bei zwei Kaninchen betrug die Vermehrung 2 Millionen, bei einem Huhn eine Million auf ein Cubikmillimeter. Auch der Hämoglobingehalt war gesteigert. Die Respirationscapacität war gleichfalls um 4 Ccm., auf 100 Volum berechnet, erhöht, d. h. statt 12 Ccm. Sauerstoff wurden 16 Ccm. durch das Blut absorbirt. Von Ueberfütterung konnte keine Rede sein, da die Thiere in dieser Höhe wenig Nahrung fanden. Der Verf. konnte an sich selbst auf den Cordilleren 3060 Meter Höhe eine sehr bedeutende Ver-

mehrung bis auf acht Millionen beobachten, die bei seiner Rückkehr nach Lania fünf Millionen betrug. Der Verf. glaubt auch deshalb, dass diese bedeutende Hyperglobulie für Anämische von keinem Vortheil sei, wenn dieselbe nicht für längere Zeit an Höhenorten bleiben können. Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

954. ***Eigenthümliche Art von Selbstmord durch Ersticken.*** *Von Kreisphysikus Dr.* ***Keil,*** *Rüdesheim. (Memorabilien. Bd. XXXVI, pag. 334.)*

Die frische Leiche eines Mädchens von 23 Jahren wurde im Freien aufgefunden; sie lag auf dem Rücken, das rechte Knie stark gebogen. Um den Hals war ein halbseidenes, gelbes Band sehr fest geknüpft, so dass es eine Strangmarke gebildet hatte. Auf der rechten Seite des Halses stack schräg zwischen Band und Haut ein Stahlfederhalter. Jedenfalls sollte dieser als Wirbel dienen, um das Band noch fester anzuziehen. Aus dem Munde der Leiche ragte der Kork und Hals eines 50 Grm. haltenden Arzneifläschchens hervor. Nachdem dieses, welches leer war, entfernt worden, fand sich ein weisses, zusammengeballtes Taschentuch, ganz tief im Halse feststeckend, vor, so dass es nur mit einiger Mühe entfernt werden konnte. Das Fläschchen schien gewissermassen als Ladestock gedient zu haben, um das Taschentuch fest und tief einzudrücken. In der That stack das Tuch so fest, dass es Rachenhöhle und Gaumen fest verschloss, die Luft von den Athmungsorganen völlig absperrte. Beim ersten Anblick der Situation der Leiche konnte man an Nothzucht und dergleichen denken. Doch zeigte sich nirgends eine Spur von Unordnung der Kleider, von Hautrissen, blauen Flecken u. s. w., was auf Kampf und Widerstand hätte schliessen lassen. Ein neben der Leiche befindliches Ledertäschchen barg ein Notizbuch und Zettel, aus denen sich so viel entnehmen liess, dass verlorene Liebesmühe der Grund war, den Tod zu suchen, wie sich dies auch schon Tags nachher bestätigte.

955. ***Ueber Ursachen und Verhütung der Taubstummheit.*** *Von Dr.* ***Lemcke,*** *Rostock. Vortrag, gehalten bei der Versammlung d. deutsch. otolog. Gesellsch. in Frankfurt a. M. April 1892. (Wien. med. Wochenschr. 1892. 36.)*

Im Gegensatze zu der Auffassung, dass für die Taubstummheit nur eine Ursache anzunehmen sei, tritt Verf. für die Lehre von den multiplen Ursachen ein und unterscheidet terrestrische, sociale, individuelle und unmittelbare Ursachen. Terrestrische Ursachen sind: Höhenlage, geologische Structur des Bodens, das Wasser und das Klima; sociale Ursachen: Wohndichtigkeit, Race, Confession, Geschlecht, ökonomische und hygienische Lage der Eltern; individuelle Ursachen: Alter der Eltern bei der Verheiratung, beziehungsweise bei der Geburt des Taubstummen, Fruchtbarkeit und Geburtsfolge in den Taubstummenfamilien. Verwandtschaft der Eltern, pathologische Belastung; unmittelbare Ursachen sind folgende Krankheiten: Gehirnaffectionen, Scharlach, Ohrenkrankheiten. Masern, Verletzungen, Rhinitis, Typhus, Keuchhusten, Diphtherie, Lues und Variolois. Bei 25% aller Taubgewordenen hat Verf. bei der Untersuchung otologische Processe (chronische Eiterung, Polypen, Cholesteatom, Caries mit Sequester, Parese und Paralyse des Facialis) noch von Bestand gefunden,

und in keinem Falle war auch nur der ernst gemeinte Versuch gemacht worden, die selbst das Leben direct bedrohenden Krankheiten zu heilen oder auch nur zum Stillstande zu bringen. Es liegt in Menschenhand, die Häufigkeit der Taubstummheit herabzusetzen, wenn der Staat einerseits die Pflege der Volksaufklärung und durch Regelung und Ueberwachung der Volkshygiene die socialen und individuellen Ursachen bekämpft, andererseits von seinem Heilpersonale den bisher nicht ausdrücklich geforderten Befähigungsnachweis verlangt, die Erkrankungen des Gehörganges mit ihren Folgen zu erkennen und zu behandeln.

956. ***Ueber neue Methoden der Reinigung von Trinkwasser.*** *Von M. Vass und H. Babès. (Bull. méd. 1892. 57. — Med. Neuigkeit. 1892. 30.)*

Die Filtration grosser Wassermengen zur Versorgung der Städte leidet an vielen Umständen und die Reinigung durch natürliche oder künstliche Sandfilter bietet keine absoluten Garantien. Man kann nun nach Verff. steriles Wasser zur Städteversorgung erhalten, wenn man die Keime in demselben durch geeignete Substanzen niederschlägt. Man erreicht dies dadurch, dass man Wasser durch Vorrichtungen fliessen lässt, in welchen Eisenfeilspäne durch einen Luftstrom bewegt werden. Auf diese Weise erhält man eine grosse Quantität Wasser, welche man 24 Stunden klären lässt. Hierauf wird dasselbe abgenommen. Es enthält nur sehr wenig Mikroben (0—20 im Cubikcentimeter), während es vor dem Durchströmen der Eisenfeilspäne 1200—1300 Keime im Cubikcentimeter einschloss. Das Wasser ist etwas säuerlich und von angenehmem Geschmack. Mit Alaun erhält man ähnliche Resultate. Für den Hausgebrauch genügt bei dieser Methode eine sehr einfache Vorrichtung, um keimfreies und vollkommen klares Wasser zu erhalten. Ein Gefäss von Zink oder Glas von 10—40 Liter Inhalt ruht auf einem hölzernen Gestell. Am Boden befindet sich eine Oeffnung, in welcher vermittelst eines Kautschukstopfens ein Glashahn eingefügt ist. Das Gefäss wird mit Wasser gefüllt, dann fügt man 1·5 Grm. pulverisirten Alaun zu je 10 Liter Wasser. Nun wird das Gefäss entweder stark geschüttelt oder man bewegt das Wasser mit einem durchlöcherten Brettchen oder am besten mit einer kreisenden Vorrichtung; sodann wird das Gefäss mit einem blanken Eisendeckel verschlossen. Nach 18—20 Stunden wird das Wasser durch den Hahn abgelassen (es ist gut, den ersten halben Liter nicht zu verwenden). Auf die gleiche Weise lässt sich das Wasser in diesem Apparate klären mit Eisensulfat oder pulverisirter Kreide. Die Verff. empfehlen diese Verfahren, welche der Filtration gegenüber manche Vortheile aufweisen, einer eingehenden Prüfung. Nach den Erfahrungen der Bacteriologen genügt schon die Ruhe zum Reinigen des Wassers, indem die Keime durch ihr Gewicht zu Boden fallen, so dass man durch einfache Decantation bacteriologisch reines Wasser erhält. Neben der Ruhe kommt bei *Babès* noch die mechanische Wirkung der Präcipitation und die katalytische durch Alaun in Betracht. Diese einfache Methode der Wasserreinigung durch Alaun wurde nach dem Berichte von Dr. *de Santi* in Tonkin, wo die Trinkwasserverhältnisse manchmal überaus schlecht sind, mit grösstem Vortheil angewendet. Die Apparate lassen sich überall leicht improvisiren.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

957. *Die diätetische Behandlung der Magenkrankheiten.*

Von San.-R. Dr. ***Emerich Hertzka,*** *Karlsbad.*

(Wien. med. Presse. 1892. 25, 26, 28 und 29.)

Referirt von Dr. ***Steigenberger,*** *Budapest.*

In einer grösseren Arbeit behandelt Verf., auf Grund seiner langjährigen Erfahrung in Karlsbad, die wichtige Frage der Diätetik der Magenkrankheiten, wie sie von ihm mit Erfolg geübt wird. Insbesondere sind es drei der schwersten Magenerkrankungen, der chronische Magencatarrh, der Ulcus ventriculi und der Krebs des Magens, deren Diätetik Verf. eingehend behandelt und deren Einzelheiten — von ungemein praktischer Wichtigkeit — im Originale nachzulesen sind. Hier soll nur auf die sogenannten Kostordnungen, deren Verf. fünf aufstellt, näher eingegangen werden. Seine Kostordnungen unterscheiden sich wesentlich von denjenigen der bis jetzt geübten, insbesondere von den Kostordnungen *Leube's*, der nach Verf.'s Ansicht viel zu wenig gestattet und die reine Milchdiät in der Anwendung, wie sie sub *A.* als allererste Kostordnung folgt, nicht aufstellt. Die Milch ist nicht allein ein Nahrungs-, sondern selbst ein Heilmittel, die den grossen Vortheil der Reizlosigkeit besitzt und von der, wenn sie rationell gereicht wird, selbst grosse Quantitäten vertragen werden. Verf. räumt daher sehr mit Recht der reinen Milchdiät eine besondere Stellung in der Reihe der Kostordnungen ein. Dieser folgen sodann in gradatimer Steigerung die übrigen Ordnungen, wie sie für die jeweilige Erkrankung des Magens am geeignetsten erscheinen. — In Folgendem geben wir die Kostordnungen, wie selbe wohl nach unserer Ansicht von nun ab als massgebendst erscheinen dürften:

A. Reine Milchdiät, $1^1/_2$—3 Liter pro Tag, echten Karlsbader Wasserzwieback oder englische Cakes (Water- und Sodasorte), Wasser. Als Ersatzmittel der Milch empfiehlt sich Mischung mit Kalkwasser, Thee, die sterilisirte, condensirte Milch oder Buttermilch, Magermilch, auch Kumys und Kefyr, aber nicht bei Ulcuskranken.

B. Milch, Bouillon, rohe und ganz weiche Eier und ebenso Eierweiss, dasselbe auch fein geschlagen oder fein gequirlt, Wasserzwieback und englische Cakes; Beeftea (Filetfleisch) wird in Würfeln geschnitten, in eine breithalsige (Dunstobst-) Flasche gethan, etwas Salz und zwei Esslöffel Wasser hinzugefügt, die Flasche dicht verschlossen und in Wasser durch 2—3 Stunden gekocht. Der Saft wird nun abgegossen und in Bouillon verabreicht. Die *Leube-Rosenthal'*sche Fleischsolution ist ebenfalls sehr nahrhaft. Doch sind viele Büchsen, respective deren Inhalt oft verdorben. Sie wird aus fettfreiem, fein zerhacktem Rindfleisch — das im *Papin'*schen Topf nach Zusatz von Acid. hydrochloric. 24—36 Stunden gekocht hat — hergestellt. Von bedeutendem Nährwerth sind auch die Peptonpräparate *(Kemmerich, Denaeyer, Maggi* und das Peptonbier),

sie werden vorübergehend gebraucht und können das Fleischeiweiss völlig ersetzen; dasselbe gilt von den Hemialbumosen (Propeptone, *Antweiler's* Albumosepepton). Empfehlenswerth ist der Zusatz von Gelée, Aspik, Gallerten, die aus den eiweisssparenden, leimgebenden Substanzen (Kalbskopf, Kalbs- und Schweinsfüsse, Ochsenmaul und -Schwanz) gewonnen werden.

C. Bouillon, dünnflüssige Tapiocasuppe, gekochtes Kalbsbriesel (Thymusdrüse), gekochte Taube und junges Huhn — Milchbrei aus Tapioca oder gut gekochten Kartoffeln — Kartoffelpurée ohne Fettzusatz, mit Bouillon oder Wasser zur Purééconsistenz versetzt.

D. Thee rein oder mit Zusatz von wenig Milch — geschabter Schinken, roh oder gekocht (Sehnen oder Fett werden sorgfältig ausgeschieden, auch darf der Schinken nicht zu trocken, nicht stark gesalzen oder gewürzt sein, am besten eignen sich Prager oder Karlsbader Schinken), geschabtes Lendenfleisch (Filet), auch solches fein gehackt und roh, Beefsteak (abgelegen), in Bouillonsaft und frischester Butter leicht (englisch) gebraten, Kartoffelpurée (mit Wasser oder Milch zubereitet), fein gehackter und durchsiebter Spinat (naturell bereitet) und genau so behandelter und bereiteter Häuptelsalat (Kochsalat), Zwieback oder geröstete Semmelschnitten, eben solches Weissbrot oder altbackenes Weissbrot, wodurch das Amylum auch im Brotinneren in Dextrin verwandelt wird — oder nur Brotrinde; natürliche Säuerlinge (Giesshübler, Krondorfer, Biliner, Borzszék, Selters).

E. Bei dieser Kostordnung werden schon Fische (Hecht, Schill, kleine Forellen, blau gesotten). Rind: Beefsteak, Filet, Rostbeef (mehr englisch), Huhn und Taube gebraten, sowie zartes, junges Wild (Rebhuhn, Rehsteak, Rehfilet oder Rücken), endlich Kalbsteak oder Rücken (Nierenbraten mit Ausschluss der Niere und Haut) gestattet; ebenso von Gemüsen Reisbrei (auch aus *Knorr*'schem Reismehl), Carottenpurée, Spargel, ferner amerikanische Birnen, Aepfel (gedünstet oder als Mus), auch ganz leichte Mehlspeisen: Maccaroni, Biscuitstange, Biscuittorte, eventuell mit Apfelsinensaft, Reis- und Grieskoch.

Verf. begnügt sich indessen nicht mit der Angabe dieser Kostordnungen allein, sondern gibt im Verlaufe seiner Arbeit auch genau die Art der Zubereitung der genannten Nahrungsmittel an, auf welche Weise sie am zweckmässigsten und den verschiedenen Magenkrankheiten am zuträglichsten in der Küche hergestellt werden müssen. Er folgt damit dem Ausspruche *Billroth's*, demzufolge der Arzt ebenso in der Küche, als in der Apotheke Bescheid wissen muss. Verf. behandelt auch das Thema der Nährklystiere, wie sie bei Ausschluss der Ernährung per os am zweckmässigsten zubereitet und applicirt werden sollen. Es folgen sodann die genauen und ausführlichen Speisezettel für die oben genannten schweren Erkrankungen des Magens. Indessen werden auch die leichteren Magenkrankheiten, wie die Dyspepsien, respective deren Diätetik nicht vernachlässigt. Der praktische Arzt wird aus dieser Arbeit *Hertzka's* unendlich viel Nutzen ziehen, wir können daher dieselbe nur bestens empfehlen.

Literatur.

958. ***Ueber den Kropf und dessen Behandlung.*** *Von Dr.* ***Gustav Naumann,*** *Helsingborg. Deutsche Uebersetzung von Dr. O. Reyhar, Leipzig, Lund, Möller's Buchhandlung.*

Seit *Lücke's* trefflicher Arbeit „Die Krankheiten der Schilddrüse“ 1875 ist eine eigentliche Monographie über Struma nicht erschienen, doch sind einzelne Theile der vielumfassenden Strumalehre monographisch behandelt worden. *Süsskind*, *Boursien*, *Liebrecht* und *Rotter* haben recht werthvolle Beiträge zur operativen Behandlung des Kropfes geliefert. *Kocher's* beachtenswerthe Schrift „Ueber Kropfexstirpation und ihre Folgen“ gab Anlass zu einer Reihe höchst interessanter Experimente und Publicationen von *Schiff*, *Horsley*, *Führ*, *Eiselsberg* u. A., und die prächtige Arbeit der englischen Myxödem-Commission 1888 brachte neues Licht in diese Frage. Weiters haben *Wölfler's* überaus gründliche und zahlreiche Arbeiten in hohem Grade zur Lösung der Strumafrage beigetragen. Auch *Billroth* und seine Schüler *Winiwarter* und *Buschman*, ferner *Bircher*, *Burchhardt*, *Cramer*, *Kaufmann* u. A. haben seither werthvolle Beiträge geliefert. Mit Benützung aller dieser Vorarbeiten nun, unter Verwerthung seiner eigenen langjährigen Erfahrung und einer zu diesem Zwecke unternommenen Studienreise hat sich Verf. an die Publication der vorliegenden Monographie gemacht, wobei er, was den Plan der Abhandlung betrifft, sich zumeist an *Lücke* hielt. Nach einer ganz knappen historischen Einleitung zerfällt das Werk wesentlich in zwei Hauptabschnitte, *a)* über den Kropf, *b)* Behandlung des Kropfes. — Der erste Theil behandelt die normale Anatomie, Histologie, Physiologie und Entwicklung der Schilddrüse, Begriff, Namen und Geschichte des Kropfes, Art des Auftretens, seine Beziehung zu Alter und Geschlecht, nebst seiner geographischen Verbreitung. Manches Interessante bringt das Capitel über die Aetiologie des Kropfes und sein Verhältniss zum Cretinismus. Weiters folgen die Abschnitte über pathologische Anatomie und Wachsthum, Symptome und Verlauf der Struma, die *Basedow'*sche Krankheit, und die Diagnose und Prognose der Struma. Der die „Behandlung des Kropfes“ besprechende zweite Theil der Arbeit, bedeutend umfangreicher als der erste, beginnt mit einer kurzen Besprechung der hygienischen und medicamentösen Behandlung der Struma, kommt dann zur Geschichte der Kropfoperationen und des Myxödems und der Tetanie als Folgen der Totalexstirpation; hierauf folgt das den Schwerpunkt der ganzen Arbeit bildende Capitel über die neueren Kropfoperationen, deren Indicationen und Gegenanzeigen, weiters ein recht interessant gehaltenes Capitel über die Schwierigkeiten bei der Strumectomie, nebst deren Folgen und Ergebnissen, endlich werden die Verletzungen und Entzündung des Kropfes besprochen, und den Schluss bildet ein Abschnitt über Neubildungen in der Schilddrüse, sowie Tuberculose und Syphilis derselben. Ein 226 Nummern umfassendes Literaturverzeichniss ist dem in jeder Hinsicht sehr verdienstvollen kleinen Werke als Anhang beigegeben, und zeigt von der gründlichen Benützung der einschlägigen Literatur der letzten 25 Jahre. Von seinen eigenen Studien und Erfahrungen macht Verf. nur an wenigen Stellen ausführlicheren Gebrauch, kennzeichnet aber doch meistens ziemlich deutlich den Standpunkt, den er in dieser oder jener strittigen Frage einnimmt, so dass das ganze Werk, wenn es auch ein Sammelwerk genannt werden muss, doch den Stempel

der persönlichen Ansichten des Verf. trägt, was ihm erhöhten Werth verleiht. Das Buch wird zweifellos seinen Weg machen.

v. Buschman.

959. ***Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung.*** *Eine klinisch-forensische Studie von* ***Krafft-Ebing****, Wien. VII. vermehrte und theilweise umgearbeitete Auflage. Stuttgart, Enke, 1892.*

Die vorliegende 7. Auflage ist aus der Vereinigung der 6. Auflage der gleichen Schrift und der 2. Auflage der „Neuen Forschungen auf dem Gebiete der Psychopathia sexualis" entstanden. Sie bietet zum ersten Male eine eingehende wissenschaftliche Darstellung der Thatsachen des Sadismus, Masochismus und des Fetischismus, und dürfte über diesen dunkelsten, hochinteressanten und forensisch nicht unwichtigen Theil der sexuellen Psychopathologie manches Licht verbreiten. Seit einiger Zeit steht der Verf. in dem Bestreben, dem Pädagogen, Kliniker, dem Gerichtsarzt und Richter das psychische Gebiet der Pathologie des Sexuallebens zu klären, nicht mehr vereinzelt da; den diesbezüglichen Forschungen in- und ausländischer Gelehrter wurde Rechnung getragen, und es dürfte kaum einen Abschnitt des Buches geben, in welchem der Kenner derselben nicht zahlreiche Zusätze aus der Literatur und aus der eigenen Beobachtung des Verf. finden wird. Gänzlich neu bearbeitet sind die Abschnitte über Sadismus, Masochismus und Fetischismus. Beachtenswerthe Zusätze finden sich in der psychologischen Einleitung über die Beziehungen zwischen religiösem und sexuellem Gebiet, sowie im forensischen Theile über Exhibitionismus. Auch einige gerichtliche Gutachten sind in dem letzteren verwerthet. Gänzlich neue, noch bisher nirgends publicirte Beobachtungen und Krankengeschichten sind in dieser Auflage 24 veröffentlicht, wodurch der Umfang des Buches wieder bedeutend gewachsen ist. Wenn ein Werk, welches doch sachgemäss nur für einen sehr beschränkten Leserkreis berechnet war, sich in wenig Jahren einer 7. Auflage erfreuen und in dieser Zeit zum Doppelten seines Volumens anwachsen kann, so spricht das beredter für den Werth desselben, als jede noch so begeisterte Besprechung desselben. Im Uebrigen verweist der Referent auf die Besprechung aller der früheren Auflagen in diesen Blättern. *v. Buschman.*

960. ***Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Studirende und Aerzte.*** *Von Dr.* ***Kurd Bürkner****, a. o. Professor der Medicin und Director der Universitäts-Poliklinik für Ohrenkranke in Göttingen. Mit 136 Holzschnitten nach Originalzeichnungen des Verfassers. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.*

Trotz der stattlichen Anzahl gediegener otologischer Werke, mit denen die deutsche Fachliteratur in den letzten Jahren bereichert wurde, begrüssen wir mit Freude Verf.'s Ohrenheilkunde. Das Buch ist ein verlässlicher Wegweiser sowohl für den Studirenden wie für den praktischen Arzt, dementsprechend finden wir in demselben eine eingehendere Schilderung der praktisch wichtigen diagnostischen und therapeutischen Capitel. Theoretische Erörterungen wurden von dem Verf. ausser Acht gelassen, wie auch auf eine systematische Bearbeitung der Anatomie des Ohres Verzicht geleistet. Das Werk zerfällt in zwei Haupttheile, von denen der erste (allgemeine Theil) die diagnostischen Untersuchungsmethoden und die allgemeine Therapie behandelt. Im zweiten (speciellen) Theile werden die Krankheiten des äusseren, mittleren und inneren Ohres,

im Anhang die wichtigsten Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes beschrieben. Die in den Text gedruckten Abbildungen sind meistens gelungen. —*sz.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

961. ***Bericht über die gegenwärtigen Choleraerkrankungen in Berlin.*** *Von Dr.* ***Paul Guttmann.*** *Vortrag, gehalten in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 7. September 1892. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 37.)*

Der erste in's Krankenhaus Moabit eingelieferte Fall betraf den Kaufmann Karpen, der am 24. August Nachmittags aus Hamburg abgereist war. Der Kranke machte nicht den Eindruck eines Schwerkranken. Es bestanden starke Diarrhoen, nur am ersten Tage Erbrechen. Keine Wadenkrämpfe. Die bacteriologische Untersuchung, die in diesem Falle besonders mühsam war, hat nach mehreren Tagen Sicherheit gebracht. Es wurden Reinculturen des Commabacillus gewonnen. Patient befindet sich zur Zeit in der Reconvalescenz. Der zweite Fall betraf die Frau Frohnert aus Hamburg, die am 27. August Früh im schweren, asphyctischen Zustand eingeliefert wurde. Es bestanden Cyanose, subnormale Temperatur und die übrigen bekannten Erscheinungen der echten Cholera. Asphyctische Cholerakranke haben wenig Aussicht auf Wiederherstellung. In der Epidemie von 1866 wurde in das Lazareth II in Berlin in der Zeit vom 5. Juli bis 15. August 705 Cholerakranke eingeliefert, davon 360 im asphyctischen Stadium. Von diesen starben 310, d. h. 86·1%. Die Behandlung der Frau Frohnert bestand in Excitantien und subcutanen Kochsalzinfusionen. Nach vorübergehender Besserung trat am 4. Tage der Erkrankung das Choleratyphoid ein, das schnell zum Ende führte. Der dritte Fall betraf den Arbeiter Krumrey, der am Nordhafen mit dem Ausladen von Schiffen beschäftigt war. Dieser erste einheimische Fall erregte Aufsehen. Der Kranke war 5 Stunden nach Beginn der Erkrankung asphyctisch am 30. August eingeliefert. Schneller Tod. Nachträglich hat man festgestellt, dass Krumrey mit Hamburger Schiffern zusammengekommen ist. Der vierte Fall betraf den Arbeiter Pettke (31. August), der auch am Nordhafen gearbeitet hat. Nach zweitägiger Besserung erfolgt plötzlicher Exitus. Auch 1866 hat Vortragender öfters nach anscheinendem Wohlbefinden plötzlichen Collaps gesehen. Der fünfte Fall betraf den Zugführer Ostheern, der am 2. September kurz vor Abgang des Zuges in Hamburg erkrankte, Abends hier anlangte, am anderen Morgen in's Krankenhaus eingeliefert wurde und trotz aller Excitantien Abends 8 Uhr starb. Der sechste Fall betrifft den Kaufmann Kappel, am 3. September eingeliefert, vier Stunden nach der Erkrankung, im asphyctischen Zustand. Patient will das Hemd eines aus Hamburg zugereisten Herrn in eine Desinfectionsanstalt getragen haben. Eine andere Infectionsquelle war nicht zu ermitteln. Unter der eingeleiteten Behandlung bisher ständige Besserung, trotzdem ist die Prognose zweifelhaft. Nach vier Tagen hat der Patient wieder zum ersten Mal Harn gelassen. In allen sechs Fällen ist die bacteriologische Untersuchung gemacht und bis zur Gewinnung von Reinculturen durchgeführt worden. Im asphyctischen Stadium der Cholera ist die bacteriologische Untersuchung nicht nothwendig. Denn dieses Krankheitsbild, das in jeder Epidemie vorwaltet, ist mit nichts Anderem zu verwechseln. Die bacterio-

logische Untersuchung ist aber nicht nur wichtig, sondern auch nothwendig in den ersten Stunden eines Choleraanfalles und in den mild verlaufenden Fällen. Im Moabiter Krankenhause sind auch die Cholera nostras-Erkrankungen und Brechdurchfälle, die sich zur Zeit von Choleraepidemien stets häufen, während sie sonst bei Erwachsenen selten sind, bacteriologisch untersucht worden. Es hat sich niemals der Commabacillus gefunden. Vortragender bespricht kurz die Symptomatologie der Cholera asiatica. Bei den vier Cholerasectionen im Moabiter Krankenhause hat sich wieder ergeben, dass der Choleraprocess eine Entzündung und Schwellung auf der Darmschleimhaut vom Duodenum an hervorruft, meist auch im geringeren Grade im Dickdarm. Schwellung und Entzündung sind verschieden stark, die Farbe der Darmschleimhaut vom Rosaroth bis zum tiefsten Dunkelroth. Ausserdem betheiligen sich regelmässig mehr oder minder stark die drüsigen Apparate des Darmes; die Solitärfollikel und die *Payer*'schen Plaques, letztere sind auch tief roth injicirt. Ferner finden sich fast immer zahlreiche Hämorrhagien in wechselnder Grösse, hauptsächlich auf der Dünndarmschleimhaut. Die Oberfläche des Darmes fühlt sich schlüpfrig, seifenartig an. Ausserdem kommen schwere entzündliche Veränderungen in den Nieren vor. Die Therapie ist hauptsächlich eine excitirende. Ferner kommen Wärmflaschen, heisse Einwicklungen u. dergl. in Anwendung, schliesslich noch die subcutanen $^2/_3$procentigen Kochsalzinfusionen, welche in die Weichengegend oder Infraclaviculargruben gemacht werden. Der entstehende Tumor wird sofort wegmassirt. Man infundirt einen Liter und wiederholt dies, wenn der Puls, nachdem er sich gehoben hat, wieder schwächer wird. Bei einem Kranken sind im Verlauf von 20 Stunden 5·7 Liter infundirt worden. Vortragender glaubt, dass die Cholera in diesem Jahre in Berlin keine grössere Ausdehnung gewinnen werde. Dafür sprechen folgende Umstände: Innerhalb 14 Tagen sind nur 6 echte Fälle zur Beobachtung gekommen, seit dem 3. September kein neuer Fall, drei Fälle sind aus Hamburg eingeschleppt, der 4. Fall hat nachweislich, der 5. wahrscheinlich in Verbindung mit Hamburger Schiffern gestanden, der 6. Fall ist unsicher in der Infection. Von Fall 4, 5 und 6 aus hat keine weitere Ansteckung stattgefunden. Die Jahreszeit ist einer raschen und starken Verbreitung der Seuche wenig günstig. Schliesslich gewährt uns die Wachsamkeit und energische Thätigkeit der Behörden einen guten Schutz. Redner schliesst: Wir alle befinden uns im Kriegszustand gegen die Cholera. Wir haben die Hoffnung, ja fast die Zuversicht, dass wir diesen Krieg gegen die entsetzliche Seuche siegreich zu Ende führen werden.

Kleine Mittheilungen.

962. ***Zungenspatel zur Verhütung der Expectoration gegen den Untersuchenden.*** Um die nicht seltenen Unglücksfälle, dass Aerzte durch die Untersuchung diphtheritischer Patienten, respective deren Expectoration direct inficirt werden, zu verhüten, liess *Hale White* an einem gewöhnlichen *Türk*'schen Spatel eine grosse Glasfläche senkrecht zur Längsachse des Spatels so befestigen, dass letzterer dieselbe in der Mitte durchbohrt. Diese Scheibe fängt die durch etwaige Hustenstösse bei der Untersuchung expectorirten Massen auf, während der Arzt ungefährdet durch die Scheibe blickt. Die letztere ist abnehmbar, um nach dem Gebrauch mit Sublimat gereinigt werden zu können; der aus Metall hergestellte Spatel wird durch Auskochen desinficirt.

(Fortschr. d. Krankenpfl. 1892. II. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 69.)

963. ***Eine Haarnadel in einer männlichen Harnröhre.*** *Von* **Meltzer.** *(New-York. med. Monatsschr. 1892. 7. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 36.)*

Ein 17jähriger Patient litt an Hämaturie. Bei Besichtigung des Patienten fiel sofort die Länge und der gestreckte Zustand des nicht erigirten Penis auf. Bei Palpation des Penis liess sich ein Körper durchtasten, welcher Form und Grösse einer Stopfnadel hatte. Die Spitze der Nadel konnte neben dem Frenulum wahrgenommen werden. Die vermeintliche Nadel konnte per urethram wohl gefasst, jedoch nicht herausgezogen werden. Hierbei gestand Patient, dass er sich in einem onanistischen Anfalle eine Haarnadel eingeführt habe. Der andere Nadelschenkel war nicht zu fühlen. Die Nadel lag, wie bei der folgenden äusseren Urethrotomie ermittelt wurde, mit beiden Schenkeln senkrecht über einander, wobei der obere Schenkel in die Furche zwischen die Schwellkörper hineingepresst war. Das runde Ende der Haarnadel, welches auf der Unterseite durchzufühlen war, diente als Leitsonde bei der Incision.

964. Gegen ***tuberculöse Bronchitis*** empfiehlt **Desprez** (Sem. méd. 1892. 32. — Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1892. 13)

Rp. *Creosoti 3·0,*
Tae chinae 40·0,
Chloroformii 3·0,
Vini Malacens. 300·0.

S. Nach jeder Mahlzeit und beim zu Bette gehen einen Kaffeelöffel voll in 1/2 Glas Wasser zu nehmen.

965. ***Behandlung der Epididymitis.*** *Von Dr.* **Dietlen,** *Stabsarzt. (Charité-Annalen. 1892, pag. 684. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 825.)*

An der *Lewin*'schen Klinik wurden Epididymitisfälle wieder mit der von *Fourneaux Jordan* 1869 angegebenen Methode: Bepinselung mit einer wässerigen Höllensteinlösung 1 : 4 oder 5, behandelt. Mit dieser Lösung wurde die erkrankte Scrotalhälfte und bei Entzündung des Samenstranges auch die angrenzende Hälfte der Leistengegend einmal eingepinselt. Dann Hochlagerung des Hodensackes mittelst einer herzförmig ausgeschnittenen, auf die Schenkel gelegten Pappscheibe. Meist soll nach einmaliger Einpinselung Schmerz verschwunden sein und die Schwellung bedeutend abgenommen haben; selten war eine zweite Einpinselung nöthig. Die Epidermis des Scrotum löst sich nach einigen Tagen in trockenen Fetzen ab.

966. ***Neuere Receptformeln für Hautkrankheiten.*** *Von Dr.* **Jessner,** *Königsberg i. Pr. Aus neueren Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten. (Berlin. Klinik. Heft 50.)*

1. Bei Seborrhoea capitis.

Rp. *Resorcini albissim. 5·0—10·0,*
Ol. Ricin,
Spir. vini aa. 45·0,
Bals. Peruvian. 0·5.

2. Schälpaste bei Acne rosacea.

Rp. *Resorcin,*
Zinci oxyd.,
Amyl. aa. 5·0,
Vaselin 10·0.
Mf. Pasta.

3. Bei Schrunden an der Mamilla.

Rp. *Ichthyol 4·0,*
Lanolin,
Glycerin aa. 5·0,
Ol. olivar. 1·0,
Mf. Ungu.

4. Bei Hyperhydrosis, Balanitis.

Rp. *Dermatol. 20·0,*
Amyl. 10·0,
Talc. 70·0.
Streupulver.

—y.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Büller, Dr. med. Josef. Bacteriologische und klinische Beobachtungen über Natrium chloroborosum als Antisepticum. (München. med. Abhandl. 35. Heft.) München 1892, Verlag von J. F. Lehmann.

Groneman, Dr., in Djokjakarte (Niederländisch-Indien). Die Behandlung der Cholera. Hamburg, Druck der Verlagsanstalt und Druckerei-Actien-Ges., 1892.

Helmholtz, Prof., Geheimrath. Lehrbuch der physiologischen Optik. Lieferung 7. Hamburg, Verlag von Leopold Voss, 1892.

Meyer, Dr. Rudolf, Privatdocent an der Universität Zürich. Die Behandlung der Cholera asiatica im Züricher Cantonsspital in der Epidemie des Jahres 1867 in Zürich. Eine therapeutische Skizze für Aerzte. Zürich, Druck und Verlag von Orell Füssli, 1892.

Plumert, Dr. Arthur, k. u. k. Linienschiffsarzt. Statistischer Sanitätsbericht über die k. u. k. Kriegs-Marine für die Jahre 1890 und 1891. Im Auftrage des k. u. k. Reichs-Kriegsministeriums (Marine-Section) zusammengestellt. Wien 1892, in Commission bei Wilhelm v. Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler.

Veith, Dr. med. Julius. Beiträge zur Casuistik der traumatischen Trommelfellrupturen. (München. med. Abhandl. 32. Heft) München 1892, Verlag von J. F. Lehmann.

Volkmann, Richard v. Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge. Herausgegeben von Ernst v. Bergmann, Wilhelm Erb und Franz v. Winckel. Leipzig, Verlag von Breitkopf & Härtel, 1892.
Nr. 53. Erb Wilhelm: Die Aetiologie der Tabes.
Nr. 54. Fehling H.: Ueber Uterusruptur.
Nr. 55. Leonhardi F.: Ueber Croup, Diphtherie und Scharlach.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

967. ***Einseitige Syringomyelie.*** Von **Dèjerine.** *(La méd. moderne. 1892. 28. Juillet.)*

Der Verfasser berichtet in der „Société de Biologie" über einen Fall von Syringomyelie, in welchem besonders zwei Momente hervorstechend waren, einmal das Alter des Kranken, welcher 55 Jahre zählte, wo das Leiden gewöhnlich in jüngeren Jahren zu beobachten ist, und zweitens das einseitige Auftreten derselben in diesem Falle, bisher nicht beobachtet. Die Einseitigkeit wurde noch im Leben diagnosticirt, nur die rechte obere Extremität zeigte die charakteristischen Sensibilitätsdissociationen, Thermoanästhesie und Analgesie mit erhaltener tactiler Sensibilität etc. Der Kranke erlag einer Pneumonie. Die Autopsie ergab eine glyomatöse Aushöhlung in der ganzen Länge des Rückenmarkes, nur war dieselbe rechterseits im Cervicalabschnitte am meisten prononcirt. Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

968. ***Des injections sous-coutanées ou intra-veineuses d'extraits liquides de nombre d'organes, comme méthode thérapeutique.*** Von **Brown-Séquard** und **d'Arsonval.** *(La méd. moderne. 1892. 29. Juni.)*

In der „Académie des Sciences" vom 13. Juni 1892 theilen Verff. in einer weitläufigen Auseinandersetzung die Hauptergebnisse sowohl der physiologischen Versuche als klinischen Ergebnisse mit, die durch subcutane und intravenöse Injectionen von flüssigen Extracten verschiedener theils secretorischer, theils nicht secretorischer Organe gewonnen wurden und nach den Verff. von bedeutendem unschätzbaren therapeutischen Werthe sind. Die Versuche, die in dieser Richtung von *Wooldridge, Ewald, Langendorff, Pas, Pallacini, Bouchard, Roger* etc. gemacht wurden, haben die grosse Gefährlichkeit dieser Injectionen nachgewiesen. Diese Gefährlichkeit, von der sich die Verff. auch oft zu überzeugen Gelegenheit hatten, liesse sich aber vermeiden, wenn die Injectionen mit der nöthigen Vorsicht und mit dem *Arsonval*'schen Apparat (siehe Originalreferat) gemacht würden. Der Ideengang der Verff. lässt sich dahin präcisiren, dass allen secretorischen Organen, Drüsen und Secreten eine für den ganzen Organismus nützliche und nothwendige physiologische Eigenschaft innewohnt, da, wenn die Secretion sistirt oder das secretorische Organ verloren geht, durch Injection von künstlich gewonnenem gleichen Secret, die physiologisch in Ausfall gekommene Wirkung restituirt werden kann. In dieser Sitzung demonstrirten die Verff. die Wirkung der Secrete der Thyreoidea und der Nebenniere. Bei zwei Kranken, die in der Charité wegen Myxödem in Folge Verlustes der Thyreoidea Auf-

nahme fanden, wurden Injectionen aus dem Secrete von Hammelthyreoidea gemacht und die Kranken zeigten nach 10 Tagen kaum mehr die Spuren dieser schweren Erkrankung. Auch von englischen Aerzten (*Murray, Beatty* etc.) werden ähnliche günstige Wirkungen erwähnt, ohne aber die Provenienz dieser Methode anzugeben. *Bouchard* und *Charrin* theilen auch Erfolge mit. Schon 1856 hatte einer der Autoren beobachtet, dass die Entfernung zweier kleiner Drüsen, der Nebenniere bei Hunden und Kaninchen, deren plötzlichen Tod zur Folge habe, diese demnach vitale Organe sein müssen. Andere Physiologen wollen beobachtet haben, dass, wenn die Entfernung einer dieser Drüsen in grösserem Intervalle vor der anderen geschieht, die Thiere am Leben bleiben, die Entfernung einer ganzen Niere bewirkt nicht diesen deletären Ausgang. Aus anderen Versuchen glauben die Verff. zu schliessen, dass durch Injectionen von Nebennierensecret die *Addison*'sche Krankheit zur Heilung zu bringen sei. Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

969. ***Ein Fall von plötzlicher Entwicklung Basedow-scher Krankheit im Anschluss an einen mittelschweren, ohne andere Complication abgelaufenen Scharlach.*** *Von Prof. Dr.* **R. Demme.** *(Wien. med. Blätter. 1892. XV. 28. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psych. 1892. Heft 9.)*

Die nachstehende klinische Beobachtung Verf.'s ist die letzte der Mittheilungen des Berner Klinikers. Sie betrifft einen 5 Jahre alten, von gesunden Eltern stammenden und vordem stets gesunden Knaben, bei dem sich am zehnten Tage nach Auftreten des Scharlachexanthems, etwa am 2. Tage nach Beginn der kleienförmigen Abschuppung, plötzlich eine Prominenz der Bulbi, 2—3 Tage später eine in rascher Entwicklung begriffene, etwa walnussgrosse, weiche, vasculöse, leicht pulsirende Struma, nach ferneren 3—4 Tagen endlich starke Pulsation der Carotiden und der Radiales, sowie vibrirender Anprall des Herzmuskels an die Brustwand einstellte. Der Radialpuls betrug 120 Schläge in der Minute und schien auffallend hart und gespannt. Abgesehen von allerdings ungewöhnlich lauten, über dem Anfangstheil der Aorta fast klingend zu hörenden Herztönen war keine Abweichung vom Normalzustand zu constatiren. Die Untersuchung der übrigen Organe, auch des Auges, liess keine pathologischen Veränderungen herausfinden. Harn normal, Temperatur nicht über 37·4° C. Die anfängliche Therapie bestand in der Darreichung von Digitalisinfus (0·05 Grm. Fol. dig. dreimal pro die), Einwicklungen mit concentrirter Meersalzlösung um den Hals und Application der Eisblase auf die Herzgegend — jedoch ohne wesentlichen Erfolg. Nachdem vorübergehend Strophantus versucht worden war, wurde die Darreichung innerer Mittel nach 6 Tagen vollständig aufgegeben und die Behandlung auf Eisbeutel, Salzwassereinwicklungen des Halses, permanente Bettruhe und Milchdiät beschränkt. Hierbei sank die Pulsfrequenz auf 104—96 Schläge, der Exophthalmus und die Struma liessen gleichfalls sichtlich nach. Endgiltig trat indessen erst Heilung ein, als der Knabe nach achtwöchentlicher Dauer der *Basedow*'schen Symptome auf's Land geschickt wurde und hier ausser der schon angegebenen und consequent fortgesetzten mehr diätetischen Behandlung Jodeisen (Ferrum jodat. 0·05, später 0·25

innerhalb 24 Stunden in Syr. simpl.) erhielt. — Hinzuzufügen ist noch, dass eine Herabsetzung des Leitungswiderstandes der Haut, sowie eine etwa vorhandene Gesichtsfeldeinengung sich zur Zeit des Bestehens des Leidens nicht feststellen liessen. In welcher Weise der Verfasser den constanten Strom, der ohne Erfolg versucht wurde, anwendete, ist nicht gesagt. Die *Basedow*'sche Krankheit ist nach dem Schlusssatze Verf.'s als „vasomotorische Neurose“ aufzufassen.

970. ***Ein Fall von Astasie und Abasie.*** *Von Dr.* **H. Levy.** *Aus der Abtheilung des Prof. O. Rosenbach in Breslau. (Centralbl. f. Nervenkk. 1892. September.)*

Zu den bisher beschriebenen wenigen Fällen dieser Krankheit fügt Verf. einen neuen bei, in welchem wie in dem von *Eulenburg* mitgetheilten Falle (siehe Med.-chir. Rundsch. 1890) die Hysterie als ätiologisches Moment die Hauptrolle spielt. Indem wir bezüglich der Schilderung des Verlaufes auf das Original verweisen, bringen wir hier die Schlussfolgerungen des Verfassers: Es ist bisher keine organische, d. h. mit anatomisch nachweisbaren Veränderungen verbundene Erkrankung des Centralnervensystems bekannt, welche mit derartigen Erscheinungen einhergeht. 2. Die unzweifelhaft günstige Einwirkung des faradischen Pinsels spricht zu Gunsten der Annahme eines functionellen Nervenleidens. Für die letztere lässt sich sogar der Umstand verwerthen, dass während der Beobachtung im Spitale keine vollständige Heilung erzielt werden konnte. Wie bekannt, wohnt ja gerade vielen hysterischen Individuen der Trieb inne, dauernd die Theilnahme der Umgebung auf sich zu lenken, und eine gewisse Willensschwäche zwingt sie, der Bekämpfung ihrer Krankheitserscheinungen möglichst lange Widerstand zu leisten. Gelingt es durch einen besonders kräftigen Reiz, der mit unangenehmen, respective schmerzhaften Einwirkungen verbunden ist, die Willensschwäche zu besiegen, so ist in sehr vielen Fällen das Leiden gehoben. War der Reiz nicht stark genug oder hält seine Wirkung nicht lange genug an, so gewinnt die Willensschwäche nach einiger Zeit wieder die Oberhand. Unter Berücksichtigung dieser Thatsache erklärt sich die plötzliche Wandlung in dem Wesen der fraglichen Patientin ganz ungezwungen, wahrscheinlich hatte der Reiz, in dessen Anwendung die Therapie gipfelte, noch nicht lange genug eingewirkt. —*r.*

971. ***Indicationen für die Anwendung der Weir Mitchell'schen Cur.*** *Von* **Wharton Sinkler,** *Philadelphia. (The journal of nervous and mental disease. 1892. May. — Centralbl. f. Nervenhk. 1892. September.)*

Verf. rühmt von Neuem die grossen Erfolge, welche die systematisch durchgeführte *Weir Mitchell*'sche Cur bei zahlreichen Nervenstörungen hat. Bei Hysterie und Neurasthenie sind diese Erfolge allseitig anerkannt; aber auch bei anderen Krankheiten kann die Ruhecur mit Anwendung von Massage oft Ausgezeichnetes leisten, so namentlich bei Tabes dorsalis, bei spastischer Paraplegie, bei Melancholie, bei Chorea, bei Alkoholismus und Morphinismus, bei Uterinstörungen, bei Morbus Brightii und bei Lithämie. Für leichte Fälle von Neurasthenie hat *Weir Mitchell* ein weniger anspruchsvolles Heilverfahren in letzter Zeit

in grosser Ausdehnung und mit gutem Erfolge angewandt. Es besteht kurz in Folgendem: Nach dem Erwachen trinkt Patient eine Tasse Cacao und bleibt dann noch 20 Minuten ruhig im Bette. Darauf steht er auf und wäscht sich mit kaltem Wasser ab; hierauf kräftige Abtrocknung mit rauhem Handtuche. Nachdem er sich gemächlich angezogen hat, legt er sich noch 20 Minuten nieder vor dem Frühstück. Nach dieser Mahlzeit muss er eine volle Stunde absoluter Ruhe pflegen. Die Massage soll gegen 10 bis 11 Uhr Morgens statthaben und wieder von einstündiger Ruhe gefolgt sein. Darauf nimmt man ein Glas Milch oder eine Tasse kräftiger Suppe. Bis zum Lunch kann dann Patient seinen Geschäften nachgehen; nach dieser Mahlzeit soll er abermals ausruhen. Nachmittags mag er spazieren gehen oder fahren oder sich beschäftigen. Soll Elektricität angewandt werden, so geschieht es am besten vor der Abendmahlzeit. Vor jeder Mahlzeit wird mit Nutzen Malzextract genommen. Die Ruhe nach den Mahlzeiten ist von grosser Bedeutung; der Patient soll schliesslich früh zu Bette gehen.

972. ***Die stricturirende Tuberculose des Darms und ihre Behandlung.*** *Von Prof.* ***König.*** *(Fortschr. d. Med. 1892. 15. Juni. — Allg. Wien. med. Ztg. 1892.)*

In der genannten Abhandlung, welche sich auf fünf genau geschilderte Fälle eigener Beobachtung stützt, hebt Verf. die verengernde Wirkung hervor, welche der tuberculöse Process gelegentlich auf das Darmrohr übt, und betont besonders, dass die hierbei in Betracht kommenden Processe nicht ganz selten localisirte und isolirte seien, soweit sich bei tuberculösen Processen überhaupt hiervon reden lässt. Die tuberculösen Stenosen zeichnen sich nach Verf.'s Beobachtungen durch ihre Enge und häufig verhältnissmässig grosse Länge aus. Der zuführende Darmtheil wird bald beträchtlich erweitert, seine Muscularis hypertrophisch, während die abführende Darmschlinge zusammenfällt, sich verengert und in ihrer Wand eher atrophirt. Die geschilderten Eigenschaften der Strictur, sowie der zu- und abführenden Schlinge bedingen gewisse klinische Erscheinungen, welche der Verf. für die fragliche Affection charakteristisch erachtet. Die blassen, abgemagerten Kranken, welche natürlich auch noch an der einen und der anderen Stelle des Körpers andere tuberculöse Veränderungen zeigen, werden zeitweilig von heftigen, kolikartigen Anfällen heimgesucht. Der Bauch zeigt sich zu Beginn derselben partiell aufgetrieben, zuweilen mit sichtbarem Motus peristalticus. Bei Betasten und Beklopfen der fraglichen Stellen entstehen gurrende, plätschernde Geräusche. Auch ohne mechanische Manipulationen werden bei jedem Anfall während des Ansteigens und auf der Höhe des Schmerzes und der Auftreibung eigenthümliche plätschernde, musikalisch klimpernde Geräusche vernommen, die mit Zusammensinken der geblähten Darmschlinge in ein Geräusch übergehen, dem ähnlich, welches entsteht, wenn Flüssigkeit durch das Ansatzrohr einer Spritze hindurchgetrieben wird. Das letztere Geräusch kennzeichnet zweifellos den Moment, wo durch die verhältnissmässig lange enge Stricturstelle der flüssige Darminhalt aus dem dilatirten Darmtheil durch dessen hypertrophische Muscularis hindurchgepresst

wird. Aus der oben erwähnten, nicht ganz seltenen Isolirtheit der stenosirenden Tuberculose am Darmrohr leitet Verf. die berechtigte Indication her, in solchen Fällen Radicalheilung durch ausgiebige Resection des betreffenden Darmabschnittes zu versuchen. In dreien seiner Fälle weiss er von günstigen Erfolgen eines solchen Eingriffes zu berichten. Bei einem derselben war noch nach zwei Jahren die Heilung von Bestand.

973. ***Propathien und Epipathien.*** *Von* **Verneuil.** *(La Méd. moderne. 1892. 21. Juli.)*

Verf. theilt in der „Académie des Sciences" vom 4. Juli 1892 eine höchst lehrreiche Beobachtung mit. Im Verlaufe einer durch vier Monate dauernden recidivirenden Intermittens bekommt der Patient einen äusserst schmerzhaften Anthrax mit schwerem Verlauf. Die eingeleitete rationelle Behandlung: Entlastung, methodischer Verband, Phenylpulverisation etc. bringen keine Erleichterung, bleiben auf den Localprocess wirkungslos. Man erinnert sich an seiner Propathie der Malaria. Es wird Chinin verabfolgt, und die Erscheinungen ändern sich mit einemmale, und der Verlauf wird ein normaler bis zur vollständigen Heilung. In einem anderen Falle wird ein 5jähriges Mädchen von sonst guter Constitution von einer acuten Pleuropneumonie befallen ohne stürmische Erscheinungen, aber mit einem sehr intensiven schmerzhaften Punkte rechterseits, ähnlich einer Intercostalneuralgie. Man erfährt von der Mutter der Patientin, dass die Kleine vor drei Jahren an Intermittens laborirte. Auf Verabreichung von Chinin schwindet der seitliche Schmerz und die Pneumonie heilt rasch. Verf. könnte noch viele solche Fälle erwähnen, die beweisen, dass, wo eine Propathie bestand, die Epipathie beeinflusst wird, so dass die Therapie die erstere berücksichtigen müsse.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

974. ***Zur Kenntniss der Darmneurosen.*** *Von Dr.* **Heinrich Stein.** *(Wien. med. Wochenschr. 1892. 20 u. 21. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 68.)*

Der schon wegen der Spärlichkeit ähnlicher eingehender Mittheilungen, betreffend die motorischen und secretorischen Darmneurosen, interessante Fall, der überdies noch durch die exceptionell seltene und schwere Form des Verlaufes etc. sich auszeichnet, ist folgender: 28 Jahre alte Patientin, bis Ende 1889 gesund. Seit dieser Zeit nach starken Gemüthsbewegungen Magenbeschwerden, die die Kranke als „Magenzittern" definirt. Bald gesellten sich ganz eigenartige Darmbeschwerden hinzu. Nach jeder Mahlzeit musste die Patientin zu Stuhle gehen. Nach einiger Zeit werden diese Stühle diarrhoisch und die Diarrhoe wiederholte sich nach jeder wie auch immer gearteten Mahlzeit unter Kollern und Flatus. Schliesslich steigerte sich das Leiden so weit, dass nach jedem Gang, jeder Mahlzeit die Entleerungen erfolgten. Die Patientin genoss schliesslich aus Scham und Ekel fast gar nichts und kam sehr herunter. Versagen aller gebräuchlichen Mittel. Der objective Befund am ganzen Abdomen durchaus normal. Diagnose: Nervöse Diarrhoe. Therapie: Täglich zehn Minuten lang elektrisirt, eine Elektrode auf den Rücken, eine auf verschiedene Punkte des Abdomens. Erfolg war sehr gut. Schon nach einer Woche meldete

die Kranke, dass es ihr besser gehe, sie hätte den Mittag ohne Anfall überstanden. Die Diarrhoen nahmen an Zahl stetig ab; nach drei Wochen vollständige Restitutio ad integrum. In den 5 weiteren Monaten der Beobachtungszeit Befinden andauernd vortrefflich.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

975. ***Die Behandlung der Cholera asiatica im Züricher Cantonspital in der Epidemie des Jahres 1867.*** *Von Dr.* ***Rudolf Meyer.*** *Zürich, Verlag von Orell Füssli, 1892.*

Verf., während der Choleraepidemie im Jahre 1867 Assistent der medicinischen Klinik, unter der Leitung des Prof. *Biermer*, theilt die damals angewendete Therapie mit. Die Behandlung der initialen Diarrhoe, aus welcher sich der typische Choleraanfall herausbildet, wurde auf's Strengste durchgeführt. Bettruhe, Erzielung einer transpirirenden Haut durch Einwicklung mit warmen Tüchern und Darreichung von Schwarzthee mit Cognaczusatz und etwas Laudanum oder durch Anwendung von warmen Breiumschlägen war das erste. Die Nahrung wurde auf Schleim, das Getränk auf Reiswasser beschränkt. Als Diaphoreticum wurde verordnet:

Rp. *Ol. menth. piperit. gutt. 1,*
Laudani 1·20,
Tinct. rhei vinos.,
Tinct. Capsic. annui aa. 4·0,
Spirit. vini gallic. 60·00.
MDS. Theelöffelweise, in Schwarzthee.

Nahm die Diarrhoe trotz der erzielten leichten Diaphorese zu, so leistete *Decoctum ratanhiae 15·0: Aq. 180*, mit *Tinctur. cinnam. 2—4·0* und *Tinct. op. simpl. gutt. 10—20, Syr. cort. aurant. 30·0,* wovon halbstündlich 1 Esslöffel gegeben wurde, oft gute Dienste. Der Choleraanfall charakterisirte sich durch den stürmischen Verlauf der Entleerungen, die mit Erbrechen und Diarrhoe den Kranken geradezu überfielen und eine damit parallel oder denselben voranschreitende Prostration der Kräfte. Das Erbrechen wurde bekämpft mit Eisstückchen, die zwischen hinein geschluckt wurden, eiskaltem Champagner esslöffelweise oder vermittelst *Tinctur. opii cum Tinctur. moschi.* Auch Chloroform 1·20 mit Glycerini 8·00 zusammen wurde halbstündlich zu 6—10 Tropfen gegeben. Als Getränk kaltes Reiswasser. Subcutan versuchte man anfangs *Extract. Opii aquos.,* später Atropin in den üblichen Dosen. Die stürmische Diarrhoe wurde mit Eingiessungen von Adstringentien in das Rectum, reichlich und oft wiederholt, behandelt. Verwendet wurde

Rp. *Tannin 0·6,*
Extract. opii aquos. 0·01,
Aq. dest. 60·0.

oder entsprechende Lösungen von Alaun oder *Argent. nitric. 0·12—0·3,* besonders bei dysenterischer Complication (Blut, Schleimhautfetzen im Stuhl). Innerlich kam

Rp. *Chinin. sulfuric.* *1·20,*
Syrup. simpl. *30·0,*
Aq. dest. *150,*

meist mit

Extract. opii aq. *0·03—0·06*

als Tagesdosis zur Verwendung. Auch reichliche Eiswasserclysmen mit Zusatz von Tannin 1·00—1·20 oder von Alumen 0·60—1·20 pro dosi wurden versucht, namentlich wo Verdacht auf beginnende diphtheritische Darmcomplicationen vorlag. Am meisten Erfolg sah Verf. da, wo diese adstringirenden Lösungen von Tannin sehr oft und sehr reichlich angewandt wurden im Wechsel mit Eingiessungen von warmer Fleischbrühe mit Wein und Eigelb und mit erwärmenden Bädern. Als Hauptmittel wurde das warme Bad von 28—33° R. verwendet gegen den Algor. Sobald die Kranken apathisch wurden, der Puls klein oder gar gleichzeitig frequent, die Stimme tonlos, war das Bad das beste Stimulans. Die Kranken wurden darin gerieben bis zur Ermüdung der Pflegenden, und gleichzeitig warme Fleischbrühe, Schleim, Champagner oder Aether eingeflösst. Wie beim Typhus das abkühlende Bad, so erwies sich in der Cholera das erwärmende Bad als das mächtigste Palliativum. Aus dem Bade kamen die Kranken, deren Puls wieder fühlbar geworden und deren absolute Hinfälligkeit wieder einer gewissen Energie gewichen war, in warme Tücher. Nach dem Bade wurden Clysmata mit Aether 2·00 pro dosi mit Wasser, oder innerlich Moschus zu 0·03—0·12, dann wieder Thee mit Rum oder Cognac gegeben, um die erzielte Reaction festzuhalten. Je weniger die Stimulation verspätet wurde, je energischer und unermüdlicher man dem Collapsus entgegentrat, umso glücklicher gestalteten sich die Resultate.

Aus der geschilderten Behandlung, welche auch besser als Chloroform auf Fliesspapier in loco oder Extract. op. subcutan die schmerzhaften Muskelkrämpfe verminderte, gelangten viele Pat. in ungestörte Genesung, andere aber traten in das Stadium typhosum, das im Wesentlichen theils reine Urämie, theils diphtheritisches Infectionsfieber zu sein schien. Alle Bestrebungen waren darauf gerichtet, baldige und reichliche Urinausscheidung zu erzielen oder die zurückgehaltenen toxischen Umsetzungsproducte in anderer Weise unschädlich zu machen. Je länger der Pat. ohne Urinentleerung blieb, je reicher an Eiweiss die Nierensecretion erschien, umso ungünstiger erwiesen sich die Fälle des Stadium typhosum. Diesen Beobachtungen zufolge wurden Diuretica verordnet, Natr. bicarb., Sodawasser, Liq. Kali acet., z. B. in folgender Formel:

Rp. *Liq. Kali acetic.* *15 00.*

oder

Liq. ammon. acet.,
Aq. destill. aa. *150,*
Syr. *30.*

Gegen Krämpfe wurden Einreibungen mit Liniment. terebinth. gemacht, ausgesprochen urämische Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems mit Venäsection bis zu 480 Grm., ferner mit Bädern und Uebergiessungen behandelt, oder mit Morphiuminjectionen.

976. ***Wie macht man eine Kochsalzinfusion?*** *Von Prof.* **Gustav Gärtner.** *(Allg. Wien. med. Ztg. 1892. 3.)*

Eine ungefähr zwei Liter haltende Flasche, am besten mit doppelter Tubulatur (die eine Oeffnung nahe dem Boden befindlich, die zweite oben), wird in folgender Weise armirt: Der untere Tubus wird mit einem Stopfen verschlossen, durch welchen ein kleines Glasrohr gesteckt ist; dasselbe wird mit einem etwa $1^1/_2$ Meter langen Stücke eines Kautschukrohres verbunden. An das untere Ende des Kautschukschlauches wird dann eine passende Canüle befestigt. Ebenso wird die obere Tubulatur durch einen Kork oder Kautschukstöpsel verschlossen, welcher durchbohrt ist und in dessen Bohrung eine bis fast auf den Boden des Gefässes reichende Glasröhre steckt. Das obere Ende dieser Glasröhre wird mit einem Stück entfetteter Watte lose umwickelt. Wenn keine solche Flasche zur Verfügung steht, dann benütze man eine beliebige andere Flasche mit etwas weiterem Halse, in den ein doppelt durchbohrter Kork oder Kautschukstopfen zu befestigen ist; durch beide Bohrungen führt man je ein Glasrohr bis an den Boden der Flasche. Die eine Glasröhre ist oben rechtwinkelig abgebogen, die andere aber ermöglicht der Luft den Zutritt in das Innere des Gefässes. Die Flasche selbst soll wenigstens grob geaicht sein. Wenn kein vom Hause aus geaichtes Gefäss zur Verfügung stünde, dann kann man sich dasselbe sehr leicht selbst mit einer Aichungsscala versehen, indem man in die leere Flasche einen halben Liter Wasser eingiesst und das Niveau des Wassers aussen an der Flasche durch einen Tintenstrich bezeichnet. Man giesst nun neuerdings einen halben Liter zu, markirt wieder u. s. f., bis die Flasche voll ist. Ein so armirtes Gefäss, welches die Physiker als *Mariot*'sche Flasche zu bezeichnen pflegen, bietet verschiedene Vortheile: 1. ist der Druck, unter dem die Flüssigkeit ausfliesst, unabhängig von dem Stande derselben in dem Gefässe, ein ganz gleichmässiger; 2 sieht man an den aufsteigenden Gasblasen jederzeit, ob Flüssigkeit in die Vene einströmt und wie rasch sie einströmt.

Der Wattepfropf, welcher die Mündung des Luftrohres lose verschliesst, dient als Bacterienfilter. Von Glascanülen hält man mehrere bereit, um eine für das Caliber der aufpräparirten Vene passende vorräthig zu haben. Es ist sehr wichtig, den Kautschukschlauch mit einer Schraubenklemme zu versehen, die es gestattet, das Lumen desselben beliebig verkleinern zu können, weil man auf diese Weise die Geschwindigkeit des Wassereinlaufes am einfachsten und sichersten reguliren kann. Ein allzurasches Einfliessen der Flüssigkeit in die Venen kann, wie zahlreiche Erfahrungen am Thiere lehren, den sofortigen Tod des betreffenden Individuums zur Folge haben. Die bei der Cholera ohnedies schwer darniederliegende Circulation lässt in der Zeiteinheit nur eine sehr kleine Quantität Blut aus den Körpervenen in das rechte Herz übertreten, und wenn plötzlich eine grössere Quantität von Kochsalzlösung hinzuströmt, so kann dies einerseits Herzstillstand, andererseits Lungenödem im Gefolge haben. Mit Hilfe der Schraubenklemme wird der Flüssigkeitsstrom regulirt und auf einer gleichmässigen, nicht allzu bedeutenden Höhe erhalten. Es ist nicht

rathsam, mehr als einen halben Liter Flüssigkeit im Laufe einer Viertelstunde einfliessen zu lassen. Die Zusammensetzung der zu infundirenden Flüssigkeit wird in der Vorschrift von *Nothnagel* und *Kahler* angegeben, wie folgt:

Rp. *Aq. destill.* *1000·0,*
Natrii chlorati *5·0,*
Natrii sulfur. *10·0.*

Im Nothfalle genügt eine Lösung von 6 Grm. Kochsalz in 1 Liter Wasser. Die Lösung ist vor dem Gebrauche jedenfalls aufzukochen, muss dann aber wieder bis auf eine Temperatur von 37—40° C. abgekühlt werden. Man hüte sich, diese Temperatur wesentlich zu überschreiten, da sonst augenblicklicher Tod des Patienten eintreten würde. Bevor man an die Operation schreitet, wird der Kautschukschlauch und die Canüle mit der zu infundirenden Flüssigkeit vollkommen gefüllt, was bei der zuerst beschriebenen Flasche von selbst durch einfaches Lüften der Klemmschraube geschieht; bei der zweiten Modification ist es nothwendig, mit Hilfe einer Spritze am Kautschukschlauch zu saugen, bis die Flüssigkeit durch Heberwirkung weiterfliesst. Die Operation selbst besteht zunächst in dem Blosslegen der Vene. Jede Vene an den Extremitäten ist gleich gut geeignet, und man wird gegebenenfalls eine solche wählen, die man durch die Haut hindurch wahrnehmen kann. Man führt einen Schnitt von 2 Cm. Länge parallel mit der Vene und legt das Gefäss lege artis bloss, so zwar, dass die Wandungen desselben blank und rein daliegen. Dann wird centralwärts eine Schieberpincette angelegt und die Vene füllt sich prall. Das periphere Ende wird nun durch eine Ligatur definitiv abgebunden. Man legt eine zweite Fadenschlinge locker um das Gefäss herum und schneidet nun mit einem Scheerenschlage die Vene schräg ab, aber keineswegs ganz durch. In das Lumen derselben wird nun, eventuell unter Zuhilfenahme eines kleinen Häkchens, die passende Canüle eingeführt, die Schlinge über die Canüle zugezogen und die Schieberpincette entfernt. Die Infusionsflasche muss sich etwa $^1/_2$—1 Meter höher als das Lumen der Canüle befinden. Die Schraubenklemme wird jetzt geöffnet und man sieht an den in die Flasche eintretenden Luftblasen, dass die Infusion im Gange ist. Wenn eine genügende Quantität Flüssigkeit — $1^1/_2$—2 Liter — eingeströmt ist, was also einen Zeitraum von $^3/_4$—1 Stunde beansprucht, dann wird die Schraubenklemme geschlossen, ein Faden unter die Vene geschoben und centralwärts von der Canüle geknüpft. Dann wird das Venenstück, in welchem sich die Canüle befindet, mit zwei Scheerenschlägen ausgeschnitten und die kleine Wunde kunstgerecht verbunden. Es ist selbstverständlich, dass die ganze Operation unter antiseptischen Cautelen auszuführen ist. Flasche und Schlauch müssen von dem erstmaligen Gebrauche mit 20%iger alkolischer Carbollösung, die dann durch sterilisirtes Wasser gründlich auszuspülen ist, keimfrei gemacht werden.

977. ***Zur Therapie der Cholera.*** *Von Prof. Dr.* ***Hugo Schulz.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 36.)*

Verf. empfiehlt die Anwendung von Veratrin und Arsenik gegen Cholera. Beide Mittel wurden schon früher versucht. *Hubeny*

verordnet die Tinctura Veratri, dargestellt aus einem Theil Rhizoma Veratri auf vier Theile Alkohol:

Rp. *Tinct. Veratri guttas II,*
Aq. destillatae 120·0,
Syrup. Aurant. 30·0

einem Erwachsenen einen Esslöffel, einem Kinde einen Theelöffel, je nach der vorhandenen Gefahr alle 15—20 Minuten, stündlich, zweistündlich u. s. w. Wesentliche Indication bilden überhandnehmende, weissliche Stühle mit und ohne Erbrechen. Folgen die Entleerungen rasch hintereinander, so wird das Mittel jede Viertelstunde so lang gegeben, bis eine sichtliche Abnahme der Stühle eintritt, wo es dann in längeren Zwischenräumen gereicht wird. Treten nach 36—40 Stunden gar keine Stühle mehr ein, so muss das Mittel ausgesetzt werden. *Bloedau* verordnete:

Rp. *Veratrini 0·005,*
Spir. dilut.
Aq. destillatae aa. 50·0.
Hiervon $^1/_2$stündlich einen Esslöffel.

Die Grenzen der Veratrinwirkung geben *Hubeny* und *Weber* dahin an, dass im paralytischen Stadium der Cholera asiatica, bei drohender Circulationslähmung, absolut unthätiger Haut und ganz ungenügend gewordener Nierenfunction das Mittel versagt. *Aulde* hat das arseniksaure Kupfer bei einer grossen Reihe von acuten Darmaffectionen anwenden lassen, darunter eine ganze Anzahl Fälle von Cholera nostras und asiatica, Das arseniksaure Kupfer bereitet wegen seiner geringen Löslichkeit Schwierigkeiten in der Darstellung der von *Aulde* vorgeschlagenen Form. *Aulde* verordnet:

Rp. *Cupri arsenicosi 0·00005,*
Aq. destillatae 120·0—180·0.
Theelöffelweise.

An Stelle dieser Vorschrift empfiehlt Verf. ein leichter lösliches Präparat, z. B.:

Rp. *Acidi arsenicosi 0·005,*
Aq. destillatae 200·0
Theelöffelweise,

oder vielleicht auch:

Rp. *Sol Kalii arsenicosi 0·05,*
Aq. destillatae 200·0.
Theelöffelweise.

Die einzelnen Dosen würden in kurzen Intervallen zu geben sein, zunächst alle 15—30 Minuten, dann nach Bedarf langsamer. Vergiften wird man Niemanden damit, wie die niedrigen Zahlen der Einzeldosen ergeben.

978. ***Ueber die Behandlung der Cholera im algiden Stadium.*** *Nach Dr. von Giacich, Spitalsdirector in Fiume. Von Dr.* **S. Mayländer.** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 36. — Therap. Monatshefte. 1892. 9.)*

Nach Verf. ist im Stadium algidum die Hauptaufmerksamkeit auf Hebung der Herzthätigkeit zu richten und er empfiehlt zu diesem Zwecke die innerliche Darreichung von Ammoniak 1 : 500 und subcutane Injectionen von Aether sulfur. neben reichlichem Genuss von Alkoholica. Zur Nachbehandlung warme Bäder von

28^{0} R. Von der während der Choleraepidemie 1866 in dieser Weise von Dr. *Giacich* behandelten, bereits im algiden Stadium sich befindenden Kranken genasen mehr als 50%.

979. ***Subcutane Injectionen des jodoformirten Guajacols zur Behandlung der Lungentuberculose.*** *Therapeutische Mittheilung von Dr.* ***R. Massalongo*** *und Dr.* ***S. Silvestre.*** *(Gaz. degli ospitali. 1892. 66. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 69.)*

Nachdem die Verff. gefunden hatten, dass dieses Mittel vor allen anderen bei der Tuberculose angewendeten den Vorzug zeigte, die Resistenz der Culturmittel zu steigern und die Virulenz der Bacillen, sowie die deren Producte abzuschwächen, und da das Guajacol weniger toxisch und örtlich weniger reizend wirkt, als das gebräuchliche Creosot; da die Kranken sich leichter an dasselbe als an das Creosot gewöhnen; da ersteres durch die Respiration schnell eliminirt wird und seine antiseptische, sowie adstringirende Thätigkeit intensiver erscheint: so haben dieselben in den letzten Monaten bei acht Kranken das jodoformirte Guajacol Versuchen unterzogen. Um die Wirkung dieser neuen Methode genau festzustellen, wurde bei jedem Falle vor Beginn der Behandlung die sorgfältigste Prüfung sämmtlicher Organe, des Urins, der Sputa und der Temperatur, die Wägung des Körpergewichtes etc. ausgeführt. Die Injectionen applicirte man stets auf dem Rücken, oder in den scapulovertebralen Gegenden, oder noch vorziehbarer in den Fossae supraspinatae, da sie daselbst dem Drucke des Körpers, besonders in der supinen Lage, weniger ausgesetzt sind. Vom Beginn an wurde bei sämmtlichen Fällen die nachfolgende Formel präparirter Arznei angewendet:

Rp. *Jodoform 0·01,*
Guajacol 0·05,
Ol. Amygdal. dulc. sterisil. 1 Ccm.

von der 1—3 *Pravaz*'sche Spritzen voll täglich injicirt wurden. Im weiteren Verlauf der Behandlung steigerte man progressiv die Dosen bis zu 0·05 Jodoform und 0·30 Guajacol auf eine Injection. An den ausführlichen Bericht über die Beobachtungen bei allen acht Kranken reihen die Verff. folgende aus dem Resultate der Behandlung hergeleitete Sätze: 1. Die subcutanen Injectionen des jodoformirten Guajacols sind besonders angezeigt in der ersten und zweiten Periode der Lungentuberculose, in selteneren Fällen auch in der dritten, da diese Behandlungsmethode die Eintrocknung der Lungencavernen, eine erhebliche Abnahme der physikalischen Symptome und die Erneuerung eines allgemeinen Wohlbefindens bewirkt. 2. Die progressive Abnahme des Hustens, des Sputums, das sehr bald ein besseres Aussehen annimmt, die Beschränkung der örtlichen Erscheinungen, die Abnahme der Bacillen, die äusserste Seltenheit der Hämoptysen, die Austrocknung der Cavernen, die Reduction des Fiebers, die Sistirung der Nachtschweisse, die Rückkehr des Appetits und der Kräfte, die Zunahme des Körpergewichtes sind der aufgezählten Reihenfolge nach die am häufigsten erzielten Erfolge. 3. Diese letzteren sind erklärbar durch die physiologischen, antiseptischen, adstringirenden und den Stoffwechsel umstimmenden Eigenschaften des Guajacols und Jodoforms. 4. Mit keiner anderen therapeutischen Behandlungsmethode sind so befriedigende Resultate erreicht worden.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

980. ***Zur Carcinomrecidive.*** *Von Dr.* ***Josef Offer.*** *Original-Mittheilung.*

In der „Med.-chir. Rundschau“ vom Jahre 1884, Heft 4, Nr. 198 wurde von mir ein Fall von Carcinoma linguae veröffentlicht, an dem nach 6 Jahre post exstirpationem kein Recidive aufgetreten war und der Fall als geheilt angesehen werden konnte. Seitdem verlor ich die Kranke aus dem Gesichte. College Dr. *Atzl* berichtet mir nun, dass die obgenannte Patientin am 27. November 1891 an Zungenkrebs gestorben sei. Das Recidiv trat vor 3/4 Jahren, also anfangs 1891, in der Narbe auf; als Dr. *Atzl* sie das erstemal sah, sass in der Narbe ein etwa nussgrosser, harter, nicht exulcerirter Knoten, am Halse mehrere haselnussgrosse bis taubeneigrosse carcinomatös entartete Lymphdrüsen. Nach dieser Mittheilung des Collegen Dr. *Atzl* liegt wohl kein Zweifel vor, dass die im Jahre 1878 an Carcinoma linguae operirte Kranke seit Anfang 1891 an Carcinomrecidive erkrankte. Von Bedeutung ist die Thatsache, dass die Recidive in der Narbe auftrat. Ueber 10 Jahre war die Kranke recidivfrei; was bei einem exstirpirten Zungencarcinom gewiss nicht ohne Interesse ist.

981. ***Ueber die chirurgische Behandlung des Gastrointestinalkrebses.*** *Von* ***J. Steven,*** *Glasgow. (Brit. med. Journ. 1892. April. — Therap. Monatsh. 1892. 9.)*

Verf. sucht auf Grund von 26 Sectionsbefunden eine Indicationsstellung für die operative Behandlung der genannten Erkrankung zu geben. Der Forderung des Chirurgen, ihm die Fälle im Anfangsstadium zuzuweisen, wird kaum je entsprochen werden können, da zu einer Zeit, wo die Diagnose mit Sicherheit gestellt werden kann, eine Radicaloperation fast nie mehr ausführbar sein wird. Ausgedehnte Adhäsionen, die diesen Eingriff erschweren oder gänzlich unmöglich machen können, sind vor Eröffnung der Bauchhöhle gewöhnlich — auch wenn der Tumor frei beweglich scheint — nicht mit Sicherheit auszuschliessen, ebenso wie trotz negativen palpatorischen Befundes secundäre Geschwülste an der hinteren Fläche der Leber oder an anderen Stellen vorhanden sein können. Von der histologischen Natur des Tumors hängt es ab, ob er ganz circumscript bleibt oder zur Infiltration der benachbarten Partien und zu Metastasen in anderen Organen führt, und da man sich am Lebenden darüber nur schwer Klarheit verschaffen kann, wird die Operation nur in seltenen Fällen den gewünschten Erfolg haben.

982. ***Ueber die Erfolge der Behandlung des Empyema antri Highmori.*** *Von Dr.* ***O. Chiari.*** *(Prag. med. Wochenschr. 1892. 22—24. — Centralbl. f. Chir. 1892. 38.)*

Bereits im Jahre 1889 hatte Verf. über 7 Fälle von Empyema antri Highmori berichtet, die nach *Cowper* durch Anbohrung des Antrum von der Alveole aus und nachherige Ausspritzungen behandelt worden waren. Die Erfolge waren jedoch im Ganzen nicht günstig. Auf Grund derselben und 21 neuer Beobachtungen, von denen nur noch 5 Fälle blos mit Ausspritzungen behandelt worden waren, kommt Verf. nunmehr zu folgenden Schlusssätzen: In sehr

seltenen Fällen kann das durch Wurzelperiostitis veranlasste Empyem durch Extraction der Wurzel allein beseitigt werden. Auch fleissige Nasenausspülungen können bedeutende Besserung bringen. Injectionen in das Antrum bringen oft keine Heilung. wenn auch gewöhnlich Besserung. Nur bei frischen Eiterungen nach Wurzelperiostitis bringen gewöhnlich wenige Injectionen schon Heilung. Systematische Injectionen vom unteren Nasengang aus sind sehr mühsam und für den Kranken selbst sehr schwierig; dieselben lassen sich leicht und bequem nur vom Proc. alveolaris aus vornehmen. Die Einblasung von Jodoformpulver gibt keine sicheren Erfolge, wohl aber die Tamponade mit Jodoformgaze, die nur alle Wochen einmal vorgenommen zu werden braucht und sehr schnell die Eiterung beseitigt. Man legt hierzu am zweckmässigsten eine 4—6 Mm. weite Oeffnung von einem Alveolus aus an. Von der Fossa canina aus ist die Tamponade mühsamer und schmerzvoller. Sie sollte nur bei schon vorhandenem Durchbruche daselbst oder bei der Weigerung des Kranken, einen Zahn zu opfern, oder wenn man eine ausgiebige Auskratzung der Höhle vornehmen will, ausgeführt werden.

983. ***Ueber Verletzungen grosser Venenstämme und die bei denselben zur Anwendung kommenden Methoden des seitlichen Verschlusses.*** *Von Dr.* **Niebergall.** *(Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXIII. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1892. October.)*

Seit der antiseptischen Zeit ist man bei Unterbindung grösserer Venenstämme, gegen Eiterung, ausgedehnte Thrombusbildung, Infection der Venenthromben und Pyämie vollkommen gesichert. Auch für diejenigen Methoden bei partiellen Verletzungen der Venenwand, welche durch seitlichen Verschluss der Venenwunde das Lumen der Vene zu erhalten suchen, sind in neuerer Zeit die Bedingungen viel günstigere geworden. Diese Methoden, mit denen sich Verf. ausführlich beschäftigt, welche selbstverständlich nur bei Verletzung grosser Venenstämme in Erwägung kommen, sind die Compression, beziehungsweise Tamponade, die seitliche Ligatur, die Naht der Vene und schliesslich die seitliche Abklemmung durch Instrumente mit temporärem Liegenlassen derselben. Bezüglich der Compression durch antiseptische Tamponade kommt Verf. zu dem Resultate, dass sie bei kleinen Stichverletzungen der Venenstämme mit kleinen Weichtheilwunden zur Verheilung der Venenwunde mit Erhaltung des Lumens führen kann. Bei grösseren Verletzungen derselben aber ist ihre Anwendung nicht rathsam, da die Erhaltung der Gefässlichtung nicht zu erwarten ist; auch bietet sie nicht genügend Sicherheit zur Stillung der Blutung überhaupt. Auch bei kleinen Stichwunden wird dieselbe nur erfolgreich sein bei aseptischem Verlaufe und bei gesunden Venenwänden. Bezüglich der seitlichen Ligatur der Venen bemerkt Verf., dass sie zur Verheilung der Venenwunde mit Erhaltung des Lumens führen kann. Trotzdem kann dieser Methode nicht volle rückhaltslose Empfehlung zu Theil werden, da sie nicht ganz frei ist von der Gefahr primärer Blutung in Folge Abgleitens des Fadens, das besonders dadurch begünstigt wird, dass die Vene auch in ihrer Länge bei Anlegen der Ligatur verkürzt wird. Geeigneter erscheint die seitlich angelegte Ligatur,

sobald Seitengefässe an ihrer Einmündung in einen grossen Hauptvenenstamm verletzt sind. Die seitliche Ligatur kann nur Anwendung finden bei sehr kleinen Venenverletzungen und intacter Beschaffenheit der Gefässwand, da bei Brüchigkeit oder sonstiger Alteration dieser, der scharfe Faden die Wand durchschneidet. Die Venennaht ist auf Grund der experimentellen Belege entschieden zu empfehlen, sie eignet sich für glatte Längs- und Querwunden von einer Ausdehnung, dass die seitliche Ligatur nicht mehr anwendbar ist; sie ist frei von der Gefahr primärer Blutungen, doch darf auch bei Anwendung dieser Methode die Venenwand in ihrer Ernährung durch Quetschung, Erkrankung etc. nicht verändert sein. Die seitliche Abklemmung mit Liegenlassen der Klemmen durch 24 Stunden, welche Methode Verf. in 45 Fällen mit Erfolg anwandte, ist nach dessen Ansicht nicht nur ein ganz vortreffliches Mittel bei seitlichen Verletzungen grosser Venenstämme, sondern sie hat auch den übrigen Methoden gegenüber verschiedene Vortheile. Es wird das Lumen der Vene nur ganz unmerklich durch die seitlich angelegte Klemme eingeengt, ferner entfällt bei dieser Methode die Freilegung der verletzten Vene, wie sie zur Anlegung der seitlichen Ligatur und Venennaht erforderlich ist. Als Klemmvorrichtung werden *Pean*'sche Zangen empfohlen. Der geeignetste Zeitpunkt für Abnehmen der Klemmen ist nach dem Ablaufe von 24 Stunden. Die Krankheitsskizzen von 53 auf diese Weise behandelten Fällen beschliessen diese Arbeit.

984. ***Der Kaiserschnitt an der Todten und an der Sterbenden.*** *Von Prof. **Winckel.** (Aerztl. Rundschau. 1892. 5. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1892. 9.)*

Zu einem im ärztlichen Bezirksverein München gehaltenen Vortrage stellte Verf. die Resultate der unter oberwähnten Umständen ausgeführten Kaiserschnittoperationen aus den letzten 30 Jahren tabellarisch zusammen. Aus dieser Uebersicht ergibt sich, dass sich die Erfolge bezüglich des Lebens der Kinder gegen früher erheblich gebessert haben. Die besten Aussichten liegen vor, wenn bei plötzlich bisher völlig gesunden (Verblutung) oder nur kurze Zeit kranken Frauen (Eclampsie, Embolie der Pulmonalis) bei ausgetragenen oder der Reife nahen Kindern innerhalb zehn Minuten nach dem Tode die Operation ausgeführt wird. Aber auch Kinder solcher Frauen, die chronischen Herz- oder Lungenkrankheiten unterlagen, sind sehr oft lebend zur Welt gebracht und erhalten worden. Die überwiegende Mehrzahl der lebend extrahirten und am Leben erhaltenen Kinder wurde in Spitälern und Kliniken zur Welt befördert. Die äusserste Zeit, in welcher nach dem Tode der Mutter noch eine lebende Frucht extrahirt werden kann, wäre innerhalb 20—30 Minuten anzunehmen. Der schleunigst ausgeführte Kaiserschnitt kann auch dann noch ein lebendes Kind zu Tage fördern, wenn nach dem Tode der Mutter sofort absolut keine kindlichen Herztöne zu hören sind. In Kliniken und Spitälern sollte demnach jede plötzlich verstorbene Schwangere oder Kreissende, bei der das Kind nicht sicher abgestorben ist, durch den Kaiserschnitt so rasch als möglich entbunden werden. Dagegen sollte dies in Privathäusern dem Ermessen der Aerzte überlassen werden. Da dürfte die Erwägung der Sectio

caesarea in agone noch relativ öfter am Platze sein. Auch Infectionskrankheiten können sich in Bezug auf die Lebensfähigkeit der Früchte ganz verschieden verhalten.

Bezüglich der Frage, wie sich die Aerzte im Falle des Ablebens einer Kreissenden oder Schwangeren vom 7. Monate an zu verhalten hätten, sind drei Eventualitäten zu unterscheiden. Wo ganz überraschend in Gegenwart des Arztes der Tod eingetreten ist oder unmittelbar vor seiner Ankunft (Verblutung, Collaps etc.), wo aber noch wenigstens in der letzten Stunde vor dem Tode die Herztöne gehört worden sind, würde unbedenklich der sofortige, d. h. innerhalb 20 Minuten nach dem Tode entfallende Kaiserschnitt auszuführen sein, und zwar mit dem Instrumentarium, das am raschesten zur Hand ist. Trifft man dagegen eine Sterbende unter Erscheinungen, welche schliessen lassen, dass der Tod in etwa einer halben Stunde eintreten würde (Eclampsie, Apoplexie etc.), so soll das Instrumentarium einstweilen herbeigeschafft werden, damit im Momente des Erlöschens der Herzthätigkeit sofort der Kaiserschnitt vorgenommen werden könne, genau wie an der Lebenden. Wenn endlich bei hochgradiger Dyspnoe, Anasarca etc. unter Berücksichtigung des Grundleidens anzunehmen ist, dass der Tod nach Ansicht verschiedener Aerzte unausbleiblich sei, wo man aber die Herzthätigkeit noch hört, so muss hier der Augenblick ausgewählt werden, wo noch etwas für das Kind zu machen ist; denn es wird bei einer allzu lang ausgedehnten Agonie sicherer verloren sein als nach einem plötzlichen Todesfall. Dass bei Abwägung so schwerwiegender Umstände unbedingt ein Consilium mehrerer Aerzte einstimmig die absolute Aussichtslosigkeit des Zustandes der Mutter anerkannt haben muss, ist selbstverständlich.

985. ***Operative Therapie der angeborenen Hüftverrenkung.*** *Von Prof.* **A. Lorenz.** *(Centralbl. f. Chir. 1892. 31. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1892. 9.)*

Hoffa hat der Erste die angeborene Hüftverrenkung operativ zu behandeln versucht; seine Operation bestand in Blosslegung des dislocirten Kopfes durch den *Langenbeck*'schen Resectionsschnitt von hinten her, und nachfolgender subperiostaler Ablösung der Kapsel und sämmtlicher Sehneninsertionen vom Trochanter major et minor. Der Schenkelkopf wird dadurch derart mobil gemacht, dass er vom Darmbeine abgehoben werden, dass die Pfannengegend gut zugänglich gemacht werden kann, und auf diese Weise auch die Möglichkeit geschaffen ist, eine neue Pfanne zu bilden, in welche die Einrenkung vorgenommen wird. Verf. hat einmal nach dieser Methode operirt und die Beobachtung gemacht, dass das Herabziehen des Kopfes und daher die Einrenkung grosse Schwierigkeiten bereitete. Er hat ferner die Beobachtung gemacht, dass es nicht die pelvitrochanteren Muskeln sind, die das Haupthinderniss für die Reduction abgeben, dass dies vielmehr durch die Verkürzung und Spannung der am Tuber ischii inserirenden Muskeln semimembranosus, semitendinosus und biceps bedingt sei. Verf. entwarf sich daher den Operationsplan, den Kopf der Pfanne gegenüber zu stellen, bevor der Hauptact der Operation, die Bildung der Pfanne und definitive Einrenkung, in Angriff genommen werde. Die Reduction des Kopfes sollte durch Myotomien der

Tuberkelmuskeln, der Spinamuskeln und der Adductoren ermöglicht werden. Im Detail gestaltet sich die Sache folgend: Unter kräftiger Extension und Gegenextension werden die Adductoren subcutan durchtrennt; von derselben Einstichsöffnung werden vom Sitzknorren die dort entspringenden Muskeln abgelöst. Unter fortdauernder Extension wird ein 6—7 Cm. langer Hautschnitt von der Spina anterior superior nach abwärts ziehend angelegt, von wo aus nach Durchtrennung der dort entspringenden Muskeln, die vordere Gelenkskapsel, der der Kopf bereits gegenüber steht, blossgelegt wird. Nach Eröffnung des Gelenkes und Zugänglichmachung der Pfannengegend durch Luxiren des Kopfes wird die Pfanne vertieft, der Kopf durch leichte Extension herabgezogen und in die Pfanne implantirt. In abducirter Stellung wird das Bein nach Verschluss der Wunde fixirt. Verf. berichtet von vier Fällen, in denen sich das Verfahren bewährte. Er führt als Vortheile der Methode gegenüber der *Hoffa's* an, dass sie bei weitem schonender und an keine Altersgrenze gebunden sei.

986. ***Beitrag zur intrauterinen Therapie.*** *Von* ***A. Mackenrodt,*** *Berlin. (Samml. klin. Vortr. Nr. 45.)*

In der vorliegenden historisch kritischen Arbeit spricht Verf. mit grosser Wärme der von ihm möglichst häufig geübten intrauterinen Behandlung das Wort, gegenüber den grösseren chirurgischen Eingriffen, die seiner Ansicht nach oft weit über das Ziel hinausschiessen. Er hat dabei naturgemäss vor Allem die zahlreichen Fälle von Metritis chronica im Auge. mit dem Gefolge von Endometritis chron., Perimetritis chron., Perimetritis chron. exsudativa, Parametritis chron., Oophoritis und Perioophoritis subacuta, A. chronica. Aus der Sichtung der von ihm tabellarisch angeführten 45 Fälle der eigenen Praxis ergibt sich, dass 17 Fälle als geheilt, 22 als gebessert, 5 als nicht gebessert zu betrachten sind, während ein Fall sich der Behandlung entzog. Verf. glaubt, dass diese seine Erfolge zu weiterer Ausnützung seiner Methode und deren Indicationen auffordern (??). Seine Methode besteht ausschliesslich in Auskratzung der Uterushöhle mit darauf folgender Jodinjection mittelst *Braun*'scher Spritze, ein Verfahren, welches ja längst von allen Gynäkologen der Welt geübt wird. Verf. spritzt einen um den anderen Tag ein und behandelt die Pat. fast ohne Ausnahme ambulant. Dass dabei mit Ausnahme öfterer Uterinkoliken keine üblen Zufälle eintraten, muss dem Referenten doch etwas Wunder nehmen. *v. Buschman.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

987. ***Behandlung des blennorrhoischen Ulcus corneae mit Eserin. salicylicum und Chlorwasser.*** *Von Dr.* ***Ehrnthaller.*** *(München med. Wochenschr. 1892. 38.)*

Entsprechend einer Anregung *Makrocki's* (Deutsche medic. Wochenschr. 1892, Nr 22 und 23) hat Verf. in letzter Zeit mehrmals blennorrhoische Ulcera corneae, nachdem sich Atropin mit gleichzeitiger Sublimatinstillation erfolglos erwiesen, mit Eserin. salicyl. 0·02 : 6·0, zweimal tägl. 2 Tropfen und lauwarmen Umschlägen von

Aq. Chlorat. 1 : 3 behandelt. Der Erfolg war besonders in einem Falle ein auffallend rascher. Am Auge, dessen innerer, unterer Cornealquadrant ulcerös zerstört war, war die übrige Cornea so getrübt, dass die Pupille nicht wahrgenommen werden konnte. Nach 14tägiger Behandlung, in Folge deren sich rasch Vascularisirung einstellte, Heilung des Ulcus, Aufhellung der Cornea bis auf eine oberflächliche Macula, Deutlichwerden der Pupillen — nach erfolgloser, vorausgegangener 3wöchentlicher Sublimat-Atropinbehandlung. Die günstige Beeinflussung der Circulation durch Eserin gegenüber dem Atropin scheint den Hauptfactor der Heilung zu bilden.

988. ***Ueber primäre Entzündungen im und am Cricoarytänoidalgelenk.*** *Von Dr.* ***Grünwald.*** *(Berl. klin. Wochenschr. 1892. 20. — Centralbl. f. Chir. 1892. 38.)*

Verf. hat 5 Fälle beobachtet, deren gemeinschaftliche Symptome folgende waren: 1. ein eigenthümliches unbehagliches Gefühl, besonders beim Schlucken, auf einer oder beiden Halsseiten, welches bald an den Kieferwinkel, bald auf's Zungenbein oder die Mandel verlegt wurde, und 2. durch Druck auf die Gegend des Cricoarytänoidalgelenkes der entsprechenden Seite ausgelöst werden konnte, wobei 3. immer eine leichte, meistens nur fühl-, mitunter auch hörbare Crepitation, und zwar nur an dieser Stelle, entstand; 4. Verstärkung, respective erst Auftreten dieses unangenehmen Gefühles in der Rückenlage, besonders aber bei gleichzeitigem Schlucken; 5. Einwärtsbewegung des betreffenden Aryknorpels im laryngoskopischen Bilde bei Druck auf die dem Gelenk entsprechende Stelle von aussen; 6. circumscripte Empfindlichkeit der Gelenkgegend bei der Berührung mit der Sonde vom Oesophagus her. — Die laryngoskopische Untersuchung zeigte im Uebrigen keine Veränderungen. Die Erscheinungen waren nach Erkältungen aufgetreten. Verf. fasst den Process als rheumatische Synovitis cricoarytaenoidea acuta auf. — Da die Symptome fast alle subjective sind, so muss die Untersuchung natürlich eine sehr vorsichtige sein, um Täuschungen, namentlich Verwechslung mit Parästhesien, auszuschliessen.

989. ***Die Geschwülste des Zungengrundes.*** *Von* ***A. Rosenberg.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 14 u. 15. — Centralbl. f. Chir. 1892. 38.)*

Verf. hebt als allgemein wichtigen Punkt hervor, dass die Differentialdiagnose zwischen gut- und bösartigen Geschwülsten des Zungengrundes aus dem Grunde schwer sei, weil die Ulceration bei beiden Formen vorkomme, und zwar bedingt durch die mechanischen und chemischen Insulte, welche die vorübergleitenden Speisen etc. veranlassten. Nach einander bespricht Verf. die Polypen, Cysten, Papillome, Fibrome, Chondrome, Osteome, Adenome, Dermoide als vornehmlich vorkommende gutartige Geschwülste. Polypen, wesentlich Lymphgewebshyperplasien, kommen vor bei Scrophulose, Leukämie, Lyssa und erscheinen als polypöse Excrescenzen, ähnlich wie die polypösen Follikelzotten am Darm. Die Entfernung geschieht mittelst einer Schlinge ohne Schwierigkeit, Cysten entstehen entweder aus den präformirten Drüsen des Zungengrundes, aus dem sogenannten Ductus excretorius linguae, der häufig, vom Lig.

glossoepiglotticum zum Foramen coecum verlaufend, 34 Mm. lang, zahlreiche Drüsenausführungsgänge in sich aufnimmt. oder endlich aus Halskiemenfisteln; sie sind grösstentheils als Retentionscysten aufzufassen und leicht durch das glasige Aussehen, sowie die Fluctuation zu diagnosticiren. Die Therapie besteht in Incision und partieller Excision der Sackwand. Des Weiteren theilt Verf. je einen interessanten Fall von Fibrom und Fibromyom des Zungengrundes mit. Die Symptome dieser, zuweilen recht gefährliche Erscheinungen hervorrufenden Geschwülste sind: harte Beschaffenheit, ihre Farbe, die blasser als die der Umgebung ist, ihre meist submucöse Lage. Die Dermoide verdanken ihre Entstehung dem vorher erwähnten Ductus excretorius linguae oder den Kiemenfisteln; sie sind meist wegen ihrer Grösse den Pat. sehr lästig, werden durch Incision mit nachfolgender Tamponade geheilt. Ein Theil der als Dermoide bezeichneten Geschwülste sind abgesprengte Strumen und darum als Thyreoiddermoide zu bezeichnen. Auch die Entstehung dieser führt Verf. auf den Ductus excretorius linguae, der sich häufig bis zur Glandula thyreoidea erstrecke und so in directester Verbindung mit der Drüse stände, zurück. Verf. hält es für möglich, dass ein Ausläufer der Drüse in den Gang sich erstreckt und nun, durch den sich schliessenden Canal abgeschnürt, zu einer selbstständigen Geschwulst wird. — Von bösartigen Geschwülsten kommen Carcinome und Sarcome des Zungengrundes vor. Während primäre Carcinome des Zungenkörpers zu den am häufigsten entstehenden Carcinomen gehören, sind die des Zungengrundes meist secundär, und zwar verdanken sie oft ihre Entstehung den in der Nachbarschaft sich entwickelnden primären Carcinomen durch Verbreitung per continuitatem. Eine metastatische Carcinomentwicklung ist nur einmal von *Sibley* beobachtet. Sarcome sind ebenfalls nur selten und dann meist auch fortgeleitet.

990. ***Zur Behandlung des Trachoms.*** *Von Prof.* ***v. Hippel.*** *Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 20. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 78.)*

Verf. berichtet über die Erfolge, welche er seit Jahresfrist mit der *Keinig*'schen in der Verbindung von Massage mit Sublimatanwendung bestehenden Methode erzielt hat. Ein grosser Vortheil der technisch sehr einfachen Therapie ist, dass sie sich für die ambulante Praxis sehr eignet. Was die Technik anlangt, so soll man um so kräftiger reiben, je gefässärmer die Schleimhaut und je härter die Follikel sind. Im anderen Falle muss die Wirkung oberflächlicher bleiben, da es sonst zu Geschwürsbildung auf der Conjunctiva kommen kann. Eine Entleerung des Inhaltes der Follikel ist anzustreben, aber nicht immer zu erreichen. Sie gelingt nach vorherigem Anstechen mit einer Staarnadel leicht, wenn dieselben in nicht zu grosser Anzahl vorhanden sind und oberflächlich sitzen, indem man die Conjunctiva des ectropionirten Lides zwischen den breiten Branchen einer Pincette durchzieht. Pannus, Geschwüre und Infiltrate der Hornhaut geben keine Contraindication; sie werden im Gegentheil günstig beeinflusst, der Pannus hellt sich auf, das Sehvermögen bessert sich, Infiltrate gehen rasch zurück. Wirkungslos ist das Verfahren bei Pannus, wenn der trachomatöse Process erloschen ist, contraindicirt bei Hyperämie und Entzün-

dung der Iris. Bei acut entzündeter Conjunctiva erfolgen leichte Blutungen, die Lider schwellen an, und am Tage nach der ersten Abreibung hat sich eine leichte weissgraue Eschara gebildet, die sich leicht entfernen lässt, aber nach jeder neuen Abreibung bis Ende der ersten Woche sich immer wieder einstellt. In den chronischen Fällen ist die Reaction fast Null; trotzdem verschwinden die Follikel ziemlich schnell, ohne eine nennenswerthe Schrumpfung der Conjunctiva zu hinterlassen. Die Methode heilt sicher leichte und leichtere Fälle; sie vermag indessen in der Regel auch die schwereren zu heilen oder mindestens zu bessern. Die Excision der erkrankten Conjunctiva war unter den vom Verf. behandelten circa 450 Fällen nur 3mal nothwendig. Die Heilungsdauer betrug 2 Wochen bis 5 Monate; je frischer die Erkrankung, desto rascher erfolgte die Heilung. Recidive traten bei dem ersten Hundert, über welches ganz genaue Protokolle vorliegen, in 15 Fällen auf; dieselben waren aber gutartig und heilten in wenigen Wochen.

991. ***Ueber die Bedeutung der Blutsverwandtschaft für die Augen der Neugeborenen.*** *Von* **Trousseau.** *(Ann. d'Ocul. 1892. 1. — Schmidt's Jahrb. Bd. CCXXXV. Heft 3.)*

Verf. nimmt die Frage wieder auf, ob denn Blutsverwandtschaft der Eltern wirklich ein schädigendes Moment für die Kinder abgebe, und kommt auf Grund klinischer Erfahrung zu dem Schlusse, dass dem nicht so sei. Meist begnüge man sich damit, bei Erkrankungen von Kindern, deren Eltern mit einander verwandt waren, die Krankheit darauf zu schieben, während doch eine genauere Nachforschung zeigen würde; dass eine einfache directe Vererbung von Vater oder Mutter vorliegt, die sich natürlich ebenso geltend gemacht hätte, wenn die Eltern nicht verwandt gewesen wären. Gleich am Anfange seiner Arbeit führt Verf. hierfür ein sehr charakteristisches Beispiel an. Eine junge Mutter, die trotz allen Abrathens ihren Vetter geheiratet hatte, brachte ihr staarkrankes erstes Kind und beschuldigte selbst die Blutsverwandtschaft als Ursache ihres Unglückes. Bei der Untersuchung der Mutter aber zeigte sich, dass sie auch beiderseits Linsentrübung hatte. Verf. nimmt diejenigen Augenerkrankungen heraus, die hauptsächlich auf Blutsverwandtschaft der Eltern zurückgeführt werden. Angeborener Staar, Retinitis pigmentosa und Albinismus. Unter 20 Fällen von Cataracta congenita war weder Blutsverwandtschaft, noch Erblichkeit nachzuweisen; in 5 Fällen lag sicher Erblichkeit vor; in 3 überwog die Erblichkeit die Blutsverwandtschaft, 1 Fall ergab keinen bestimmten Anhalt. Bei 11 an Retinitis pigment. Erkrankten war 4mal keine Veranlassung zu finden, 5mal lag Erblichkeit ohne Blutsverwandtschaft vor, 2mal Blutsverwandtschaft. Aber in den beiden letzteren Fällen lag zugleich Erblichkeit vor; denn in dem einen Falle hatte auch die Schwester der Mutter Retin. pigm. und in dem anderen hatte die Mutter Amblyopie und Strabismus, der Vater Retin. pigm. und der Onkel war ganz blind. Bei 3 Albinos war 1mal Erblichkeit, 1mal Blutsverwandtschaft und zugleich Erblichkeit vorhanden, 1mal keines von beiden. Blutsverwandtschaft allein ohne die Erblichkeit kann nicht als Ursache von Augenkrankheiten angesehen werden.

Dermatologie und Syphilis.

992. ***Behandlung des Lupus.*** *Von Dr.* ***A. Tinzl,*** *Naturns. Orig.-Mittheilung.*

Angesichts der schmerzvollen Behandlung, die gegen Lupus gebräuchlich ist, dürfte die Mittheilung der folgenden Behandlungsart, die von Erfolg begleitet war, von Interesse sein.

Das 11—12 Jahre alte Mädchen zeigte eine blasse Haut mit reichlichen Fett- und Unterhautzellgeweben (die Mutter leidet stark an Gicht), anämisches, chlorotisches Aussehen und ich hielt vor Allem eine tonisirende, die Ernährung befördernde Behandlung für nothwendig.

Es waren an beiden Unterschenkeln ausgebreitete, tiefe, runde, thalergrosse und kleinere zusammenfliessende und daher buchtenbildende, zerstreut stehende Geschwüre vorhanden und das der Wunde benachbarte Gewebe machte den Eindruck von lockerem embryonalem Gewebe. Da und dort waren livide runde Buckel vorhanden, welche die Haut röthlich-bläulich hervordrängten und dem Zerfalle nahe waren. Ein ähnliches Verhältniss bestand an beiden Vorderarmen bis zum Ellenbogen und darüber hinaus.

Zur localen Behandlung wurde von der Kranken das Jodoform dem zuerst angewendeten Pyoctanin vorgezogen und ausserdem wurde an den Rändern und auf den blauen Flecken Jodtinctur aufgepinselt.

Zur allgemeinen Behandlung wurden Sommerfrische, locale und allgemeine Bäder von Mattoni's Moorsalz, was wohl das Wichtigste war, verordnet.

Aus einer Schachtel Moorsalz wurden 8 Bäder bereitet, da ein Bad zwei Mal verwendet wurde. Das Mädchen gebrauchte kaum drei Schachteln. Nach 16—20 solchen Stahlbädern, in 3—4 Wochen, war das Schulkind, das bei Schnee und Wetter mit den wunden Gliedern nahezu eine halbe Stunde weit die Schule besuchen musste, bis auf ein paar kleine Schorfe vollständig geheilt. Wenn auch an der Genesung einen grossen Theil die veränderten äusseren Verhältnisse, die Sommerfrische, die Luft, die gesunde Bewegung, frisches Wasser, gute Milch, besserer Appetit und bessere Ernährung erfolgreichen Antheil haben, so haben das Hauptverdienst bei der Heilung wohl die Moorbäder, welche zugleich mit Syr. Ferr. jodat. verwendet wurden. Seit zwei Jahren ist keine Recidive mehr vorgekommen.

993. ***Beitrag zur Behandlung des chronischen Trippers.*** *Von* ***T. Trzcinski.*** *(Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892. Ergänzungsheft 2. — Centralbl. f. Chir. 1892. 37.)*

In einer kurzen, aber an absprechenden Bemerkungen über die Methoden Anderer reichen Arbeit, in welcher auch eine Anzahl hier nicht im Einzelnen zu erwähnender Ungenauigkeiten und Irrthümer vorhanden ist, bespricht der Verf. seine Anschauungen über Gonorrhoebehandlung. Er meint — sehr auffallenderweise — dass über die Therapie des acuten Stadiums volle Einigkeit herrscht, und zwar dass ganz allgemein exspectativ und antiphlogistisch, aber nicht local behandelt wird. Ein Blick in die deutsche, französische und amerikanische Literatur der letzten Jahre hätte den

Verf. darüber belehrt, dass im Gegentheil die antiseptische Frühbehandlung der Gonorrhoe in immer weiteren Kreisen Anwendung findet. Die *Guyon*'sche Instillationsmethode für die Urethritis posterior, die in geübter Hand zweifellos Gutes, wenn auch wohl nicht das Beste leistet, verwirft Verf. ganz, ebenso die endoskopische und die Salbenbehandlung. Er selbst macht — sich anlehnend an eine gelegentliche Bemerkung *Neisser's* — nach Ablauf des acuten Stadiums der Gonorrhoe täglich mit *Guyon*'scher Spritze und einem filiformen mit Olive versehenen Catheter Ausspülungen der gesammten Urethra, indem er das Instrument bis in die Blase vorschiebt und dann im Zurückziehen die Flüssigkeit entleert. Dazu benützt er Argentumlösungen in der Concentration von 1 : 6—10.000 je nach der individuellen Toleranz. Auch bei wirklich chronischem Tripper hat er mit dieser Therapie gute Erfolge erzielt. Die Epididymitis behandelt der Verf. mittelst einer 10procentigen Argentumsalbe, die, nachdem sie in 24 Stunden eine starke Hautreizung erzeugt hat, durch ein *Langlebert*'sches Suspensorium ersetzt wird. Die Schmerzen sollen dabei sehr schnell aufhören. Verf. erwähnt nicht, dass diese Methode nur eine unwesentliche Modification der in Frankreich viel geübten Anwendung starker Argentumpinselungen auf das Scrotum ist; auch von dieser letzterwähnten Behandlungsart hat Verf. wesentliche Erfolge nicht gesehen.

994. ***Phlebitis in der Periode der Secundärerscheinungen der Syphilis.*** *Von* ***M. T. Canton.*** *(La France médicale. 1892. 15. Januar. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 57.)*

Bei einem 22jährigen hereditär belasteten jungen Manne (beide Eltern an Tuberculose gestorben) beobachtete Verf. im Verlaufe der Syphilis starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, Anfälle fieberhaften Gelenksrheumatismus, wiederholte, bei Fortlassen des Quecksilbergebrauches stets neu auftretende Placques muqueuses der Mund- und Rachenschleimhaut. Diese entschieden schwere Form der Syphilis war durch eine doppelseitige Phlebitis beider Venae saphenae complicirt. Unter Entzündungserscheinungen, welche an Lymphangitis erinnerten und heftigen Schmerzen, die über die ganze Extremität ausstrahlten, entwickelte sich diese Venenentzündung in 4 Tagen und bildete sich bei specifischer Behandlung in 3 Wochen völlig zurück. Verf. weist mit Recht darauf hin, dass die Phlebitis sehr wohl als eine syphilitische aufgefasst werden kann. Wie die Arteriitis eine häufige Erscheinung der Syphilis ist, so kann auch gelegentlich einmal unter dem Einfluss des syphilitischen Virus eine Venenentzündung, eine Phlebitis, zu Stande kommen.

995. ***Epidermolysis bullosa hereditaria.*** *Von Dr.* ***Herzfeld.*** *Demonstration in der Berliner med. Gesellschaft. 1892. 20. Juli. (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 62.)*

Die beiden Brüder, Patienten aus der Poliklinik des Dr. *Blaschko,* leiden an einer sehr seltenen Hautaffection, welche von *Köbner* den Namen Epidermolysis bullosa hereditaria erhalten hat. Es handelt sich dabei um die in einzelnen Familien erbliche Neigung der Oberhaut, sich auf geringe mechanische Insulte hin in Blasenform abzuheben. Bei diesen Patienten beschränkt sich das Leiden fast ausschliesslich auf die Hände und Füsse, während in den bisher

beschriebenen Fällen die ganze Körperoberfläche gleichmässig betroffen war. Die Affection ist in diesen Fällen verbunden mit einer sehr stark ausgeprägten Hyperhidrosis, besonders an den Händen. — In Folge der andauernden Blasenbildung haben sich hochgradige secundäre Veränderungen ausgebildet. Betrachtet man die Hände von der Dorsalseite, so bekommt man den Eindruck von Greisenhänden. Die Haut ist hier atrophisch, blauroth und stark gerunzelt. Auf der Volarseite ist die Haut stark gespannt, so dass ein völliges Strecken der Finger nicht möglich ist; die feineren Risse und Furchen sind verstrichen, die grossen Falten etwas ausgezogen. Die Fingernägel sind zum Theil klauenförmig verändert, zum Theil platzen sie am Rande in unregelmässig gezackten, terrassenförmig geschichteten Linien auf. Die Nägel an den Zehen zeigen theilweise ähnliche Veränderungen, meist fehlen sie vollständig. Auf den Händen unregelmässig verstreut finden sich Blasen in allen Stadien der Entwicklung. — Therapeutisch hat sich gegen das Leiden bisher wenig erreichen lassen; relativ am besten befinden sich die Patienten bei trockener oder leicht eingefetteter Haut.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

996. ***Ueber eine Anomalie der Lage des Herzens.*** *Von Dr. **Heimann.** (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 9. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 38.)*

Ein 21jähriger, sich vollkommen gesund fühlender Kaufmann zeigt im Bau des Schädels und des Thorax ein beträchtliches Zurückbleiben der linken Seite. An der Stelle der normalen Herzdämpfung ist sonorer, wenn auch etwas kurzer Lungenschall. Der Spitzenstoss ist etwas oberhalb der linken Brustwarze, jedoch nur bei tiefem Eindrücken des Fingers, zu fühlen; von da erstreckt sich die Herzdämpfung nach links oben aussen und geht dort in die Dämpfung der Oberarmmusculatur über. Oberhalb des Spitzenstosses ist eine diffuse Pulsation wahrnehmbar. Die Herztöne sind überall rein, der erste Ton am lautesten an der Stelle des Spitzenstosses, der accentuirte zweite Pulmonalton an der linken äusseren oberen Ecke der Herzdämpfung. — Man kann sich von der Verlagerung eine Vorstellung machen, wenn man annimmt, dass das Herz erstens eine Drehung von etwa 90° um die Sagittalachse des Körpers und zweitens eine geringere Drehung um die eigene Längsachse (mit dem rechten Ventrikel nach vorn) gemacht hat. So erklären sich die Auscultations- und Percussionsverhältnisse, sowie die schwere Fühlbarkeit des Spitzenstosses und die (von dem rechten Ventrikel hervorgerufene) pulsirende Bewegung der Brustwand. Da anderweitige pathologische Erscheinungen fehlen, und auch die Anamnese keinerlei Erkrankung der Brustorgane aufweist, wird man eine angeborene Verbildung anzunehmen haben, die vielleicht auf einer mangelhaften Entwicklung der linksseitigen grossen Gefässe — analog der der ganzen linken Körperhälfte — beruht.

997. ***Ueber Schutzimpfung des Menschen gegen asiatische Cholera.*** *Von Dr. G. Klemperer. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 39. — Wien. klin. Wochenschr. 1892. 93.)*

Bei seinen Versuchen über die im Titel genannte Frage geht Verf. von dem Satze aus, dass „wenn das einem Organismus entstammende Blutserum einen zweiten Organismus zu immunisiren vermag, auch der Ausgangsorganismus gegen diese Krankheit immun war". Verf.'s Plan war also, einem Menschen die am Thiere erprobten, choleraimmunisirenden Substanzen einzuverleiben, dann durch Aderlass das Blut dieses Menschen zu entnehmen und nachzusehen, ob es gelingt, mittelst dieses Blutserums Meerschweinchen gegen die Choleraintoxication zu schützen. Dies zugetroffen, muss jener Mensch als choleraimmun gelten. Verf. injicirte zur Durchführung seiner Versuche dreitägige Culturen von Cholerabacillen, welche zwei Stunden auf 70° erwärmt waren, den Versuchsmenschen (sämmtlich Mediciner) subcutan. Locale und geringe febrile Reaction. Nach Ablauf aller Reactionserscheinungen (15 Tage) Aderlass und intraperitoneale Injection des Serums an sechs Meerschweinchen. Sämmtlichen Thieren werden tags darauf virulente Cholerabacillenculturen intraperitoneal injicirt, die Thiere bleiben nichtsdestoweniger gesund. Zwar zeigt auch das Blutserum bei normalen, nicht vorbehandelten Menschen, wie Verf. erprobte, manchmal ähnliche, doch weit schwächer immunisirende Wirkung. Diese besitzt vielmehr gewöhnlich nicht einmal den zehnten Theil, höchstens den vierten Theil jener Schutzkraft, über die der nach Verf. vorbehandelte Mensch in seinem Serum verfügt. Verf. ging noch einen Schritt weiter. Er constatirte, dass auch nur auf 50° erhitzte, i. e. minder abgeschwächte, ja selbst ungeschwächte Cholerabacillenculturen, dem Menschen subcutan unter die Haut injicirt, nur geringfügige Entzündungen mit mässigen Allgemeinerscheinungen erzeugen. Diese ungeschwächten, lebenden Cholerabacillen entfalten aber eine viel energischere, etwa die fünffach höhere immunisirende Wirkung, wie die durch Wärme abgeschwächten: diese sind sonach das beste Impfmaterial.

998. ***Ueber die Natur des Cobragiftes.*** *Von A. A. Kanthack. (Journ. of Phys. 1892, pag. 272. — Schmidt's Jahrb. Bd. CCXXXV. Heft 3.)*

Das Gift der Cobra enthält als wirksamen Bestandtheil eine Albumose (Protoalbumose), kein Alkaloid. Diese Albumose hat denselben toxischen Effect wie das Gift selbst. Die Wirksamkeit der Lösungen verringert sich beim Kochen, aber in concentrirten Lösungen wird die Albumose erst durch sehr lang anhaltendes Kochen gänzlich zerstört. Am schnellsten wird die Wirksamkeit des Cobragiftes durch Kalilauge oder Natronlauge aufgehoben, bei längerer Einwirkung auch durch Chlorwasser, durch Jodtrichlorid, Kaliumpermanganat. Weniger wirksam sind Carbolsäure und Pancreatin. Silbernitrat, Sublimat, Gerbsäure, Alkohol heben die Wirkung dadurch auf, dass sie die Albumose fällen. Ziemlich wenig wirksam sind Ammoniak, Citronensäure, Pepsin. Es gelang Verf. nicht, die Versuchsthiere immun zu machen, weder durch Gewöhnung an kleine Gaben des Giftes, noch durch Injection von Cobrablut oder Cobraserum. Dagegen schien das Blut von Varanus Bengalensis, der gegen den Biss der Cobra unempfindlich sein

soll, bei den Versuchsthieren die Wirkung des Giftes, wenn es zugleich mit diesem injicirt wurde, abzuschwächen, das heisst, die Thiere lebten längere Zeit, als nach der Injection des Giftes allein. Strychnin, das oft gegen Schlangenbiss empfohlen worden ist, zeigte keine Einwirkung auf die Albumose. Das Gift enthält ausser der wirksamen Protoalbumose wahrscheinlich noch eine Heteroalbumose.

999. ***Eine Bemerkung zur Anwendung innerer Mittel bei Cholera.*** *Von Dr. F. Hirschfeld, Assistenzarzt. Aus dem Krankenhause Moabit in Berlin, Abtheilung des Director Dr. P. Guttmann. (Berl. klin. Wochenschr. 1892. 39.)*

Zur Bekämpfung der Cholera sind neuerdings wieder mehrere Mittel empfohlen worden, bei deren Auswahl wohl meist der Grundsatz massgebend war, die in den Organismus eingedrungenen Bacillen zu vernichten. Derartige Versuche schienen um so eher gerechtfertigt, als man jedenfalls die Lage des Kranken nicht verschlechtern zu können glaubte. Diese Annahme ist aber in vielen Fällen nicht berechtigt, wie dies u. A. auch aus Stoffwechseluntersuchungen hervorgeht, welche Verf. bei einigen Cholerakranken anzustellen in der Lage war. Indem es durch die Salzwassereinspritzungen gelingt, den meisten Kranken über das Stadium asphycticum hinwegzuhelfen, wird vor der Hand die erste Gefahr häufig beseitigt. Während bei einem Theil derartiger Kranken die Harnsecretion bis zum Tode nicht mehr in Gang kommt, wird bei Anderen noch täglich 3—600 Ccm. leicht getrübten bräunlichen Urins mit 0·2—0·3 Procent Eiweiss entleert. Die mikroskopische Untersuchung des Sediments ergibt zahlreiche rothe und weisse Blutkörperchen, sowie granulirte Cylinder und Nierenepithelien. Der Stickstoffgehalt ist ein so geringer, dass man eine Tagesausscheidung von 2 Grm. N, entsprechend 4 Grm. Harnstoff, annehmen muss. Diese Zahl ist so niedrig und liegt so tief unter den je beim Hunger beobachteten Zahlen, dass man ein Unvermögen der Nieren, allen im Körper gebildeten Harnstoff zu entfernen, annehmen muss. Das häufige Auftreten urämischer Symptome wird dadurch verständlich. Die Genesung wird in derartigen Fällen daher davon abhängen, dass sich diese Functionsstörung möglichst rasch wieder ausgleicht. Wir müssen also immer daran denken, dass jedenfalls bei einem Theil der Cholerakranken dem eigentlichen Anfall eine acute Nephritis nachfolgt. Das Zustandekommen der letzteren hätte man sich so vorzustellen, dass die im Blut kreisenden Toxine das Nierenepithel schädigen, vielleicht dadurch gerade besonders, dass der Organismus diese Verbindungen ebenso wie andere Producte des Stoffwechsels mit dem Harn zu entfernen sucht. Die von Vielen früher vertretene Anschauung, dass die in Folge des Wasserverlustes eintretende Circulationsstockung diese Erkrankung der Nieren hervorruft, ist nicht mehr haltbar, denn durch die Salzwasserinfusion wird ja gerade die Eindickung des Blutes erfolgreich bekämpft. Ebensowenig besteht die Möglichkeit, dass ein fortdauernder abnorm niedriger Blutdruck diese Störung bedingt. Abgesehen davon, dass bei den in Frage kommenden Patienten der Puls ziemlich kräftig, in einem Falle sogar abnorm gespannt erschien, hat Verf. eine ähnliche niedrige Stickstoffausscheidung nur bei Nierenleiden, dagegen nie bei incompensirten Herzfehlern beobachtet. Wir werden

also demgemäss bei der Behandlung der Cholera Mittel zu vermeiden suchen, welche durch die Nieren ausgeschieden werden. Denn wir müssen dann befürchten, dass die schon schwer geschädigten Nierenepithelien hierdurch noch mehr gereizt werden, oder andernfalls wenn die Nieren zu der Ausscheidung nicht mehr im Stande sind, dass dann eine Intoxication mit einem für den Organismus nicht gleichgiltigen Mittel eintreten kann, warnt davor, auf Grund einer Hypothese ohne Weiteres irgend ein Desinficiens zu versuchen, das für den gesunden Menschen unschädlich, bei dem Cholerakranken aber vielleicht eher Schaden als Nutzen bringen kann.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

10.0. ***Anweisung zur Entnahme und Versendung choleraverdächtiger Untersuchungsobjecte.*** *(München. med. Wochenschr. 1892. 36.)*

1. Die zur Untersuchung bestimmten Ausleerungen sind womöglich in ganz frischem Zustande abzusenden. Je länger sie bei Zimmertemperatur stehen, um so ungeeigneter werden sie für die Untersuchung, ebenso wirken nachtheilig irgendwelche Zusätze (auch Wasser). 2. Von Leichentheilen kommen nur Abschnitte des mit verdächtigem Inhalt angefüllten Dünndarms in Betracht. Vorkommenden Falles ist die betreffende Section so bald als möglich vorzunehmen. Vom Dünndarm sind womöglich 3 doppelt unterbundene, 15 Cm. lange Stücke herauszunehmen, und zwar aus dem mittleren Theil des Ileum, etwa 2 Meter und dicht oberhalb der Ileocöcalklappe. Besonders werthvoll ist das letztbezeichnete Stück; es sollte niemals bei der Sendung fehlen. 3. Die unter 1 und 2 erwähnten Gegenstände werden, und zwar Entleerungen und auch Leichentheile von jedem Erkrankten, beziehungsweise Gestorbenen getrennt, in passende trockene Gefässe gebracht. Blechgefässe, durch Loth verschlossen, sind zweckmässig, werden jedoch nur in seltenen Fällen zu beschaffen sein, so dass meist Glasgefässe in Betracht kommen. Dieselben müssen genügend stark in den Wandungen und sicher verschliessbar sein. Dünne, bauchige Einmachegläser, deren Rand einen festen Verschluss nicht zulässt, sind zu verwerfen. Am besten sind die sogenannten Pulvergläser der Apotheken mit weitem Hals und eingeschliffenem Glasstöpsel. Andere Gläser müssen einen glatten cylindrischen Hals haben, der durch einen reinen, gut passenden Korkstöpsel (in der Apotheke zu haben) fest verschlossen wird. Für dünnflüssige Entleerungen können auch Arzneiflaschen benützt werden. Alle Verschlüsse sind durch übergebundene, feuchte Blasen oder Pergamentpapier zu sichern. Siegellacküberzüge sind nur im Nothfalle zu verwenden. Nach Füllung und Verschluss sind die Gefässe mit einem fest aufzuklebenden oder sicher anzubindenden Zettel zu versehen, der genaue Angaben über den Inhalt unter Bezeichnung der Person, von welcher er stammt, und der Zeit der Entnahme (Tag und Stunde) enthält. 4. Die Gefässe sind, unter Benützung von Papier, Heu, Stroh, Häcksel oder anderem elastischen Material in einem kleinen Kistchen derart zu verpacken, dass sie darin beim Transport sicher und fest liegen,

und, falls mehrere Gefässe zusammen verpackt werden, nicht aneinander stossen. Am besten bleiben die Objecte erhalten, wenn sie in Eis verpackt (natürlich in wasserdichten Behältern) zur Versendung kommen. Alte zerbrechliche Cigarrenkisten sind ungeeignet. Das Kistchen wird mit deutlicher Adresse und mit der Bezeichnung „durch Eilboten zu bestellen“ versehen. 5. Die Sendung ist, wenn thunlich, zur Beförderung in der Nacht aufzugeben, damit die Tageswärme auf den Inhalt nicht einwirkt.

1001. ***Eine Methode zur Gewinnung von Reinculturen der Tuberkelbacillen aus dem Sputum.*** *Von Dr.* **E. Pastor,** *St. Petersburg. (Centralb. f. Bacteriol. 1892. 8. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 59.)*

Nachdem man sich durch mikroskopische Untersuchung überzeugt hat, dass das Sputum sehr bacillenreich ist und verhältnissmässig nur sehr geringe Verunreinigungen mit anderen Mikroorganismen aufweist, lässt man den Patienten wiederholt Mund und Rachen mit sterilisirtem Wasser ausspülen und darauf in ein sterilisirtes Reagensglas expectoriren. Das so gewonnene Sputum wird durch Aufschütteln mit sterilisirtem Wasser fein emulgirt und alsdann durch feine Gaze filtrirt zur Entfernung gröberer Partikel. Von dem fast undurchsichtigen bacillenreichen Filtrat werden einige Tropfen mit flüssiger 10procentiger Nährgelatine vermischt, jedoch so, dass diese letztere dadurch nicht sehr getrübt wird. Es genügt, eben nur soviel vom Filtrat hinzuzufügen, dass in jedem aus der Mischung hergestellten Trockenpräparate noch einzelne Bacillen vorhanden sind. Die noch flüssige Nährgelatine wird darauf auf Platten ausgegossen, die bei Stubentemperatur unter Glasglocken belassen werden. Nach 3—4 Tagen treten die verschiedenartigen Colonien der das Sputum verunreinigenden Bacterien auf. Mit der Lupe werden nun die zwischen den Colonien klar gebliebenen Stellen der Gelatine aufgesucht, vorsichtig mit dem desinficirten Messer herausgeschnitten und auf die schräg erstarrte Oberfläche des Blutserums gebracht. Von 10 auf solche Weise geimpften Blutserumröhrchen erhielt Verf. stets in einem, seltener in einigen, Reinculturen von Tuberkelbacillen. Die übrigen zeigten schon in den ersten Tagen Verunreinigungen, weil die anscheinend klaren Stellen der Gelatine doch fremdartige Keime enthielten, die bei 37·5° C. und auf Blutserum sehr bald die Tuberkelbacillen überwucherten.

1002. ***Bemerkungen zu der Beurtheilung und Behandlung von Verletzungsfolgen vom Gesichtspunkte der Unfallversicherung, sowie zum Capitel der Simulation.*** *Von Dr.* **C. Lauenstein.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 15. — — Centralbl. f. Chir. 1892. 38.)*

Verf. bespricht mehrere für die Begutachtung und Behandlung Unfallverletzter überaus wichtige Punkte. 1. Aeussert Verf. den gerechtfertigten Wunsch, dass Unfallverletzte nach Möglichkeit von einem Arzte von Anfang bis zu Ende behandelt werden möchten. Er begrüsst daher die Idee der Errichtung von Unfallkrankenhäusern auf das Freudigste. 2. Bezüglich der Entstehung von Hernien durch Traumen ist Verf., wie schon früher geäussert, der Ansicht, dass durch einen äusseren Insult der Eintritt von Intestinis in

einen präformirten, aber nicht als vorhanden bekannten Bruchsack hervorgerufen und damit also eine Hernie bedingt werden kann, dass also diese Hernien wohl auf Insulte zurückzuführen sind und damit die Gewährung einer Rente herbeiführen können. Betreffs der Radicaloperation derartiger Hernien betont Verf., dass man dieselbe aus zwei Gründen nicht mit gutem Gewissen anrathen könne: 1. wegen des doch immerhin nicht gleichgiltigen Eingriffes, 2. weil doch in 25 Procent der Fälle Recidive eintreten. 3. Verf. hält dafür, dass die Chloroformnarcose mehr zur Untersuchung alter Unfallverletzter herangezogen werden müsse, besonders bei solchen Leuten, wo Verdacht auf Simulation, respective Uebertreibung vorläge. Ein sehr interessanter einschlägiger Fall wird mitgetheilt. Auch Referent *Pernice* hat in mehreren Fällen dieses Hilfsmittel mit ausgezeichnetem Erfolge angewendet. 4. Von eminenter Bedeutung für die richtige Begutachtung Unfallverletzter und gewiss richtig lautet der letzte Satz Verf.'s: „Wir Aerzte können in unserer Eigenschaft als Gebildete wohl im Allgemeinen abschätzen, welche körperlichen Erfordernisse die Ausübung des einzelnen Berufes verlangt, aber so speciell können wir doch im Einzelfalle nicht darüber urtheilen, dass unser Ausspruch massgebend für die Bestimmung der Höhe der Rente sein könnte.“ Nur gemischte Commissionen, aus Arbeitgebern, Arbeitnehmern, technischen und ärztlichen Sachverständigen zusammengesetzt, sind im Stande, in dieser Beziehung richtige Bestimmungen zu treffen.

1003. ***Zur Statistik und Aetiologie des Scorbuts.*** *Von Dr.* ***Leo Berthenson.*** *(Deutsch. Arch. f. klin. Med. 40. Bd. II. u. III. Heft 4. u. 5. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 69.)*

Verf. hatte im Laufe des Jahres 1889 Gelegenheit, im Nikolai-Militärhospital in Petersburg eine Scorbutepidemie zu beobachten. Unter den 225 Pat. war bei 76 der Scorbut im Hospitale selbst ausgebrochen, theils als Complication anderer Erkrankungen (am häufigsten bei Typhus, bei Darmcatarrhen und bei Pleuritiden), theils in der Reconvalescenzperiode; die weiteren 149 Pat. traten schon an Scorbut erkrankt in das Hospital. Von diesen 225 genasen 163 vollständig; 52 wurden wegen Blutarmuth auf ein Jahr in ihre Heimat entlassen. Todesfälle ereigneten sich 19; an reinem, nicht complicirtem Scorbut starben indessen nur 3 Pat.; 6 starben an Scorbut, der sich nach Typhus oder gleichzeitig mit demselben entwickelt hatte; 9 Todesfälle waren bei Tuberculösen, 1 bei fibrinöser Pneumonie zu verzeichnen. Wir übergehen den statistischen und symptomatologischen Theil als zum Referate an dieser Stelle unthunlich und gehen gleich zu den Ansichten des Verf., die „Aetiologie des Scorbuts“ betreffend, über. Verf. zählt den Scorbut zu den Infectionskrankheiten, wenn auch die allerdings wenig zahlreichen Nachforschungen nach dem parasitären Krankheitserreger bis jetzt ohne Erfolg geblieben sind. Die infectiöse Entstehung des Scorbuts wird durch folgende Umstände bewiesen:

1. Die Verbreitung im Jahre 1889 hatte einen epidemischen Charakter. 2. Das klinische Bild des Scorbuts hatte Aehnlichkeit mit dem auch bei anderen Infectionskrankheiten beobachteten Krankheitsbilde. So treten bei vielen Infectionskrankheiten, besonders bei den schweren Formen, Blutungen nicht selten auf.

Auch der Kräfteverfall, die Apathie, die Muskelschmerzen, die in zahlreichen Scorbutfällen wahrgenommenen Fieberbewegungen machen den Eindruck einer acuten Intoxication. Ferner ist das Vorkommen leichter und schwerer Epidemien, wie sie bei anderen Infectionskrankheiten auftreten, zu betonen. 3. Häufig trat Scorbut in den Scorbutmonaten (März bis Juni) bei Patienten auf, welche schon relativ lange im Hospitale verweilten. 4. Auch Glieder vom Dienstpersonale des Hospitales, welche Scorbutkranke pflegten, erkrankten an Scorbut. Allerdings waren die Fälle dieser Kategorie nicht zahlreich. 5. Verf. hatte beim Scorbut die sogenannte Incubationsperiode, welche bekanntlich bei allen Infectionskrankheiten vorkommt, zu beobachten Gelegenheit. Diese Periode ist in der Regel eine ziemlich lange. 6. Verf. ist nie einem Falle begegnet, der durch secundäre Infection bedingt war. Dieses spricht für eine gewisse Immunität gegen fernere Erkrankungen an Scorbut nach einmal überstandener Krankheit; doch sind weitere Untersuchungen hierüber abzuwarten. Bekennt sich hiernach Verf. zu der Lehre der Contagionisten, so spricht er doch der Theorie von den Ernährungsanomalien eine gewisse Bedeutung nicht ganz ab; er ist nämlich der Ansicht, dass die durch Mangel an diesem oder jenem Bestandtheil in der Nahrung bedingte Ernährungsstörung bei der Erkrankung an Scorbut häufig die Rolle eines prädisponirenden Momentes spielt, obwohl sie an und für sich keinen Scorbut hervorzurufen vermag und auch keine absolut nothwendige Vorbedingung zur Entwicklung dieser Krankheit bei einem gesunden Menschen ausmacht. Für die Infectionstheorie spricht ferner der Umstand, dass Scorbutepidemien gewöhnlich in begrenzten Herden beginnen und nimmt die Krankheit einen leichten Verlauf, so beschränken sie sich meist auf die inficirten Herde, ohne sich weiter auszubreiten, obwohl die Lebensverhältnisse sowohl in den inficirten, als auch in den nicht inficirten Organen ganz die nämlichen sind. Die Annahme des Scorbuts als einer Infectionskrankheit bedingt eine Aenderung der seitherigen prophylactischen und therapeutischen Massregeln.

Eine rationelle Prophylaxis muss folgenden Principien gerecht werden: 1. Austrocknen und Assanisation des Bodens, besonders vor Frühlingseintritt. 2. Desinfection der Wohnungen. 3 Desinfection der Kleider, Wäsche etc. 4. Trennung der Kranken von Gesunden. 5. Genuss völlig frischer Nahrungsmittel; eine mehr untergeordnete, doch nicht unwichtige Bedeutung schreibt Verf. der Abwechslung in der Nahrung zu; vielleicht wirkt diese letztere Massregel durch Verhütung von Darmcatarrh und dadurch bedingte Beschränkung der Zahl der Einfallspforten des Scorbutgiftes. Die Behandlung des schon entwickelten Scorbuts muss von der schablonenmässigen Verordnung der sogenannten „Scorbutportion" und verschiedener pharmaceutischer Antiscorbutica Abstand nehmen; ein unbeschränkter Genuss von Milch, Kaffee, Citronen, Klopffleisch, Coteletts, Bier und dergleichen ist zu gestatten. Von der verschiedentlich empfohlenen Milchdiät sah Verf. keinen Nutzen; allerdings wurde dieselbe nur in zwei Fällen durchgeführt. Die früheren sogenannten Antiscorbutica haben ihre Bedeutung verloren; sollte ein Specificum gegen Scorbut entdeckt werden, so

gehört dasselbe wahrscheinlich zur Classe der Antiseptica. *W. Koch* empfiehlt die Tinct. jodi innerlich in grossen Dosen, nachdem bereits *Dieckerhoff* sie gegen Morbus maculosus Werlhofii der Pferde vorgeschlagen hat. Dr. *v. Wedekind* wandte schon 1824 gegen Scorbut Sublimat in Pillenform an. Zur Beschleunigung der Aufsaugung der Infiltrate benutzte Verf. mit ausgezeichnetem Erfolge Compressen aus aromatischem Essig, mit heissem Wasser vermischt (1 : 3).

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

1004. *Beitrag zur Behandlung gewisser Formen von Pneumonie und chronisch fieberhafter Lungentuberculose mittelst Calomel.*

Von Dr. ***Sigm. Edelheit,*** *Lisko.*

(Original-Mittheilung.)

Angeregt durch einen eclatanten Erfolg bei in chronische Tuberculose sichtbar übergehender Pneumonie mittelst Calomeltherapie, versuchte ich in anderen mir geeignet erscheinenden Fällen Calomel in diuretischen und subdiuretischen Dosen und gelangte bezüglich der Wirkung bei Pneumonie zu folgenden Resultaten:

1. Eine Pneumonia crouposa oder catarrhalis, welche, aus welchen Gründen immer, wie: mangelhafte Pflege, besondere Disposition, Anämie etc., einen schleppenden, auf Tuberculose verdächtigen Charakter annimmt, kann durch Verabreichung von Calomel in diuretischen Dosen, mit oder ohne Opium, oder in sogenannten subdiuretischen Dosen eine sichtbare Wendung zur Besserung und normalen Lösung machen.

2. Ist der Verlauf ein acuter mit ziemlich hohem Fieber, dann sind diuretische Dosen mehrere Tage hindurch indicirt; ist er subacut oder schon chronisch-fieberhaft, dann sind die subdiuretischen Dosen angezeigt.

Ich will einige Fälle theils pneumonischer, theils chronisch-fieberhaft-tuberculöser Erkrankungen anführen und dann einige Schlussbemerkungen bezüglich der Calomeltherapie bei specifisch tuberculösen Erkrankungen zusammenfassen.

I. Fall. Pat. 12 Jahre alt, rechtsseitige Pneumonie mit Pleuritis sicca; fünf Tage später folgt Pneumonie links mit catarrhalischem Charakter. Alle de norma angewendeten Mittel, wie Schröpfköpfe, Sinapismen, feuchte Einpackungen, Expectorantia, Digitalis, führten keine auffallende Besserung herbei. Unregelmässiges Fieber. Hartnäckigkeit der Pleuritis dem ganzen Verlaufe nach. Am 12. Krankheitstage nahm Pat. Calomel 0·05, Opium 0·015 zweimal täglich. Nach zwei Tagen reichliche Diurese, das unregelmässige Fieber besserte sich, Expectoration ward leichter und die auscultatorischen Phänomene deuteten auf einen deutlichen Rückgang. In etwa fünf Tagen seit der Einleitung der Calomeltherapie war Pat. Reconvalescent. Dass der schleppende Verlauf in diesem Falle den Verdacht auf entstehende Tuberculose wecken musste, darauf wies der Umstand

hin, dass Pat. eine Narbe nach überstandener Caries besass. Die Calomelbehandlung währte fünf Tage, Salivation trat nicht ein.

II. Fall. Pat. 7 Jahre alt, sehr schwächlich, blass mit leichtem Caput obstipum und Steifheit der Halswirbelsäule in der Bewegung von vorn nach hinten, in Folge überstandener Caries tuberculosa vor 2 Jahren, erkrankt an Influenza (während der Influenzaepidemie). Die Bronchitis und das Fieber nahmen einen verdächtigen Verlauf. Sowohl ich als der zweite College nahmen den Zustand ernst, schon mit Rücksicht auf den Habitus und die hereditäre Belastung (Mutter starb an Lungentuberculose). Einpackungen, Expectorantia und Antipyretica hatten nur momentanen Erfolg. Ich entschloss mich zur Calomeltherapie: Calomel 0·25 Grm., Extr. et Pulv. Acori Calami aa. q. s. f. Pill. Nr. XXX, täglich von einer bis sechs Pillen allmälig steigend, je zwei Tage um eine Pille. Der Erfolg war wider Erwarten, das Fieber verschwand total, der Husten besserte sich bedeutend. Nach einer Pause von sieben Tagen nahm Pat. Calomel 0·35 auf dreissig Pillen in derselben Weise. Hierauf verlor sich der Catarrh fast vollständig. Nun nahm Pat. Eisenpräparate (Ferr. carb. und Calc. phosph.), aromatische Bäder und ging, als es recht warm wurde, nach Iwonicz (Jodbäder). Nach vierwöchentlichem Aufenthalte kam Pat. recht gut aussehend zurück, verlor nur — offenbar in Folge der Bäderbehandlung — $1^1/_2$ Kgrm. an Körpergewicht.

III. Fall. Pat. 19 Jahre alt, erkrankt fieberhaft mit Seitenstechen, Husten und schleimigem Auswurf. Ich diagnosticirte: Pneumonia catarrhalis suspecta. Nach Verlauf von vier Wochen war weder Besserung noch Verschlimmerung und der Zustand schien wegen des hectischen Fiebers verdächtig. Da der ganze Verlauf vom ersten Momente subacut war und subchronisch wurde, erhielt Pat. Calomel 1·00 auf dreissig Pillen; das Constituens: Extr. et Pulv. Acori Cal. aa. q. s. Pat. nahm täglich 3 Pillen, allmälig ansteigend 6 pro die, dann herunter auf 3 pro die. Schon nach Verbrauch der ersten Portion — nach etwa einer Woche — meldete sich Pat. besser. Nach einer Pause von fünf Tagen, nahm Pat. nochmals 30 Pillen in derselben Weise und nach etwa drei Wochen, seit Beginn der Calomelbehandlung, ist Pat. soweit erholt, dass er zur Arbeit zurückkehrt. Salivation trat nicht ein. Hereditäre Belastung war nicht nachzuweisen, doch war der Habitus schwächlich.

IV. Fall. Pat. 56 Jahre alt, mager, heiser, schlecht genährt, mit Narben am Halse nach vereiterten Drüsen und einer in Vereiterung begriffenen Halsdrüse, klagt über Husten, Seitenstechen und Mattigkeit. Der Zustand dauert schon drei Monate. Objective Untersuchung ergibt: Infiltratio pulmonum tuberc. (beiderseits) zerstreut und diffuse Pleuritis rechts vorne. Dyspnoe in mässigem Grade. Pat. erhielt Calomelanos Creosoti, Balsami toluta aa. 1·0, Extr. et Pulv. Acori Cal. aa. q. s. f. Pill. Nr. XXX; Constituens und Gebrauchsweise wie oben. Ausserdem erhielt Pat. Jodjodkaliumeinreibung am Thorax mit feuchter Einwicklung Nachts und trockener Einwicklung tagsüber. Die Salbe war in Bezug auf Jod $^1/_2$ Procent, auf Jodkalium 10 Procent. Nach acht Tagen war Pat. auffallend gebessert. Salivation trat nicht ein. Pat. nahm nach einer Pause von acht Tagen wiederum 30 Pillen in derselben Weise und ist gegenwärtig so weit erholt, dass er im Felde arbeitet.

Im Verlaufe meiner Beobachtungen, von denen ich einige kurz skizzirt habe, konnte ich mich mehrmals überzeugen, dass die von mancher Seite empfohlenen hohen Creosotgaben keineswegs so

gut vertragen werden wie die kleinen Gaben. Der Erfolg nach kleinen Gaben ist bedeutend besser, wenn nur das Creosot längere Zeit hindurch und mit entsprechenden Pausen gegeben wird. Die einzig rationelle Verordnungsweise ist 2—3 Grm. auf 100 Pillen mit Extr. et Pulv. Acori Cal. als Grundlage.

Calomel lässt sich mit Creosot sehr gut combiniren, und zwar ist die für den Patienten bequemste Verordnung die oben bei Fall IV erwähnte.

Man kann auch die Dosis noch weiter herabdrücken, und zwar Creosot 0·75 mit Calomel 0·75 geben, je nach dem Alter und dem Aussehen des Patienten.

Die fieberhaft verlaufenden schleichenden tuberculösen Catarrhe und Infiltrationen zeigen bei einfacher Creosotbehandlung keine evidente Besserung. Hingegen schwindet nach Calomel — entsprechend verordnet — binnen mehreren Tagen das Fieber und der ganze Verlauf bessert sich. Ist der Verlauf ein acuter, so eignet sich Calomel allein, und zwar bei 6jährigen Kindern angefangen 0·25 bis 0·35 Grm.; bei Erwachsenen bis 1·0 mit Extr. et Pulv. Acori Cal. auf 30 Pillen.

Ist das Fieber geschwunden, dann eignet sich Calomel mit Creosot und Tolubalsam, und zwar nicht über 1 Grm. von jedem Medicamente. Im Gegentheil kann man eher heruntergehen. Bei vorhandenem subacuten und subchronischen Verlauf mit mässigem Fieber gebe man ebenfalls Calomel mit Creosot und Tolubalsam combinirt.

Nach einer Reihe von Calomelgaben eignen sich Jodbäder.

Bei gleichzeitig vorhandener Pleurareizung gebe man Jod $^1/_2$procentige und Jodkalium 10procentige Einreibung mit feuchter oder trockener Einpackung.

Zur Zeit der Hämoptysis und Hämoptoe soll diese Therapie nicht begonnen werden, hingegen ist sie angezeigt nach Bekämpfung derselben.

Da in allen möglichen Fällen von Lungentuberculose mit torpidem Verlauf, sei es mit oder ohne Neigung zur Hämoptoe, sowohl primärer als auch secundär an andere Krankheiten sich anschliessender Tuberculose, mir die Therapie mit Calomel in der oben angegebenen Weise anwendbar erscheint, so ist es wünschenswerth, dass auch von massgebender Seite Versuche in dieser Richtung gemacht werden.

Literatur.

1005. ***Grundriss der Bacteriologie*** *für Aerzte und Studirende. Von Dr.* ***S. L. Schenk,*** *a. ö. Prof. an der k. k. Universität Wien. Mit 99 theils farbigen Holzschnitten. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893. 8⁰. XII und 204 S.*

Die Bacteriologie ist rasch zum Eigenthum des modernen Arztes geworden. Die Wichtigkeit des Auffindens bestimmter Bacterien für die Diagnose und die relative Leichtigkeit des Verfahrens, welches die Auffindung und Cultur der Bacterien ermöglicht, haben die bacteriologische Untersuchung zum Gemeingut des Arztes gemacht. Das vorliegende Buch

des Verf. bietet nun dem Studirenden sowohl als dem Arzte einen sicheren Führer zur Erlernung der Technik der bacteriologischen Untersuchung. Als einleitendes Capitel schildert er die allgemeine Morphologie und Biologie der Mikroorganismen, hieran knüpft sich die Schilderung der verschiedenen Arten der Sterilisation der Nährmaterialien und deren Bereitung, der Züchtungsmethoden. Es werden hierauf die mikroskopische Untersuchung der Mikroorganismen (Färbung, Entfärbung, Untersuchung in Gewebsschnitten) und der Thierversuch behandelt. Verf. führt die Organismen an den Orten an, an denen man ihnen begegnet, dadurch wird ermöglicht, an den entsprechenden Stellen auf die Untersuchungsmethodik genau einzugehen. Demgemäss werden die bacteriologische Analyse der Luft, des Wassers, des Bodens, der faulenden Substanzen, der Nahrungsmittel, des Eiters, sammt den diesen eigenthümlichen Mikroorganismen in einzelnen Capiteln geschildert. Der letzte Abschnitt des Werkes bringt die bacteriologische Untersuchung der Organe und Körperhöhlen: Mikroorganismen der Haut, der Mundhöhle, des Magens; Bacterien des Darmes, bacteriologische Untersuchung der Fäces, des Harnes, des Respirationstractes und des Blutes. Dadurch, dass Verf. auch den chemischen Bedingungen des Bacterienlebens und der Biologie der Mikroorganismen in der Darstellung Rücksicht trägt, gewinnt der vorliegende Grundriss an praktischer Brauchbarkeit für den Kliniker. 99 zum Theil farbige Holzschnitte zeigen uns die Formen und Wachsthumserscheinungen der wichtigsten Bacterien und Abbildungen einiger der Technik der Bacterienuntersuchung eigener Apparate. Die Ausstattung des vortrefflichen Werkes ist eine in jeder Beziehung entsprechende. —*m.*

1006. ***Kurzgefasstes Handbuch der Kinderheilkunde mit besonderer Rücksicht auf Aetiologie, Prophylaxis und hygienisch-diätetische Therapie*** *für Aerzte und Studirende. Von Dr.* ***J. Uffelmann,*** *Professor der Medicin an der Universität Rostock. Mit 7 Holzschnitten. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893. gr. 8⁰, VIII und 464 S.*

Das vorliegende, kurzgefasste Handbuch der Kinderheilkunde zeichnet sich dadurch aus, dass es in der Darstellung der Kinderkrankheiten, sowie deren Behandlung die Principien der Hygiene stärker hervorhebt als dies in den bisherigen zum Theil vortrefflichen Handbüchern der Kinderheilkunde der Fall war. Es ist gar kein Zweifel, dass die in engerem Rahmen, unter leicht übersehbaren Verhältnissen verlaufende Entwicklung des Kindes nicht nur eine wirksame Prophylaxis der dem Kindesalter eigenthümlichen Krankheiten ermöglicht, sondern die Krankheiten des Kindesalters auch als das dankbarste Gebiet einer hygienisch-diätetischen Therapie erscheinen lässt. Während einerseits auf dem rasch sich entwickelnden Organismus jede Vernachlässigung der hygienischen Grundlehren leicht tiefergehende Störungen des Organismus veranlasst, so ist andererseits wieder das mit lebhaftem Stoffwechsel begabte Kindesalter am besten geeignet, auf hygienisch-therapeutische Anordnungen rasch zu reagiren. Es muss daher als ein besonderes Verdienst des Verfassers anerkannt werden, der sich früher mit Kinderheilkunde beschäftigt und nunmehr der Hygiene als Forscher und Lehrer obliegt, dass er den neueren Fortschritten der Hygiene, deren Bedeutung für die Aetiologie und Therapie der Kinderkrankheiten schon allseitig anerkannt ist, für die Kinderheilkunde jene Geltung und Tragweite zu sichern bestrebt ist, welche denselben gerade auf diesem Gebiete der ärztlichen Thätigkeit

zukommen. Es bringt das Werk des Verfassers eine Darstellung der Kinderkrankheiten, welche nicht nur die Symptomatologie, pathologische Anatomie, Prognose und Diagnose auf Grund der bisherigen Erfahrungen in übersichtlicher Weise geordnet darstellt, sondern überdies der für die Kinderpraxis überaus wichtigen Diätetik besondere Berücksichtigung einräumt. Das Werk beginnt mit einem kurzen Abriss der Physiologie des Kindes als der Grundlage richtiger Diagnose und richtiger Pflege. Sodann wird, gleichfalls in kurzen Sätzen, die Hygiene des gesunden, weiterhin das Verhalten des kranken Kindes im Allgemeinen, die Diätetik und Therapie desselben im Allgemeinen besprochen. Es folgt dann die Darstellung der einzelnen Krankheiten, in I der Allgemeinerkrankungen, in II der Krankheiten des Verdauungstractes, in III der Krankheiten des Respirationstractes, in IV der Krankheiten der Kreislaufsorgane, in V der Krankheiten des Urogenitalsystems, in VI der Krankheiten des Nervensystems, in VII der Infectionskrankheiten, in VIII der Krankheiten der Haut. Den Schluss bildet eine kurze Besprechung der sogenannten Schulkrankheiten. — Den einzelnen Paragraphen sind die wichtigsten Literaturquellen beigegeben. Ein ausführliches Sachregister erleichtert die Benützung des Werkes, welches eine werthvolle Bereicherung unserer neueren medicinischen Literatur darstellt. *—sch.*

1007. ***Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen.*** *Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet von Dr. med.* ***P. Baumgarten,*** *o. ö. Professor der Pathologie an der Universität Tübingen. Sechster Jahrgang, 1890. Zweite Hälfte. Braunschweig, Harald Bruhn, 1891.*

1008. ***Namen- und Sachregister zum Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen.*** *Von Dr. med.* ***P. Baumgarten,*** *o. ö. Professor der Pathologie an der Universität Tübingen. Jahrgang I—V, 1885 bis 1889. Braunschweig, Harald Bruhn, 1891.*

I. Mit dem vorliegenden II. Bande findet der von uns in Heft 5 d. J. der „Med.-chir. Rundschau“ angezeigte sechste Band des Jahresberichtes seinen Abschluss. Da dieser von den zahlreichen Forschern auf diesem Gebiete mit Sehnsucht erwartet wurde, so ist es überflüssig, weitere Nachweise zu liefern, dass die Berichterstattung auch in diesem Bande ihrer Aufgabe mit Sachkenntniss und objectiver Kritik gerecht wurde. Doch wollen wir dem Wunsche Aller, die an Bacteriologie regen Antheil nehmen, Ausdruck leihen und um möglichst baldiges Erscheinen des VII. Bandes alle jene Fachmänner ersuchen, durch deren aufopferndes Zusammenwirken dem „Jahresberichte“ Werth und Bedeutung gesichert bleibt.

II. Wie dies bei den Jahresberichten anderer Doctrinen in wohlbegründeter Uebung ist, hat die Verlagshandlung Harald Bruhn unter Controle des Prof. *Baumgarten* auch für die ersten 5 Jahrgänge des „Jahresberichtes über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen“ ein Namen- und Sachregister bearbeiten lassen, welches namentlich das rasche Orientiren bezüglich der Literatur und des Entwicklungsstadiums der für die Bacteriologie in Betracht kommenden Fragen ermöglicht. Mehrere Stichproben überzeugten uns von der Genauigkeit und Vollständigkeit der Registrirung. *—sch.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

1009. ***Ueber die Wirkung des Allylsulfocarbamids (Thiosinamin) bei subcutaner Einverleibung.*** *Von Dr.* ***Hans v. Hebra,*** *Privatdocent in Wien. Nach dem Vortrag, gehalten beim II. internationalen dermatologischen Congress in Wien, September 1892. (München. med. Wochenschr. 1892. 41.)*

Im November 1890 wurde der Vortragende von Dr. *v. Froschauer* auf einen Stoff aufmerksam gemacht, von dem er behauptete, dass er, subcutan einverleibt, Thiere gegen Infection mit bacillären Contagien immunisire. Wenngleich sich diese Angabe nachträglich nicht in diesem Umfange bestätigte, war dieselbe doch verlockend genug, um mit diesem Mittel mit chronischen Infectionskrankheiten behaftete Individuen versuchsweise zu behandeln. Zunächst kamen Lupuskranke zur Behandlung, und es zeigte sich dabei ein Phänomen, welches bis jetzt an allen mit Thiosinamin injicirten Lupuspatienten constant zur Beobachtung kam, nämlich eine locale Reaction ohne Mitbetheiligung des Gesammtorganismus. Das Thiosinamin wird in alkoholischer Lösung subcutan injicirt. In allmälig steigender Dosis (von einer 15procentigen Lösung wurden anfangs 2—3 Theilstriche, in der 3. Woche eine halbe, in der 4.—5. Woche eine ganze *Pravaz*'sche Spritze injicirt, und diese Injectionen etwa 2mal wöchentlich vorgenommen) wurden die Applicationen an der Interscapularregion des Rückens sehr gut von den Patienten ertragen. Durch 2—3 Monate erfolgt bei den Patienten nach jeder Injection wieder die gleiche typische Reaction. Scheint der Patient gesättigt, so braucht man nur 2—3 Wochen auszusetzen und er reagirt wieder wie früher. Die ohne Nachtheil verwendete Maximaldosis war 2 Spritzen pro Injection. Meist 2 Stunden nach der Injection, manchmal auch etwas später, beginnt die erkrankte Partie sich zu röthen und zu schwellen. Diese Symptome hängen ab von der Intensität und Ausbreitung der Krankheit und von der Menge der injicirten Materie; die Intensität der Reaction steht im umgekehrten Verhältnisse zur Extensität des Erkrankungsprocesses; stärkere Dosirungen aber rufen stärkere Reaction hervor. Die Schwellung kann so heftig werden und so rasch sich entwickeln, dass Epidermis und selbst Papillarkörper platzen und oberflächliche Hautrisse zu Stande kommen; es erfolgt keine Bläschenbildung, keine Transsudation sero-purulenter Flüssigkeit, nie Allgemeinsymptome, nie Fieber. Dauer der Höhe der Reaction 4—6 Stunden, allmälige Abnahme derselben innerhalb circa 24 Stunden. Subjectiv an der Lupusstelle gesteigertes Hitzegefühl und Spannung; der von der Injection einer alkoholischen Lösung begreiflicher Weise erzeugte Schmerz dauert nur sehr kurze Zeit, die Resorption erfolgt ungemein rasch, schon nach wenigen Minuten verspüren die Patienten einen knoblauchartigen Geschmack im Munde. Was nun die Heilwirkung beim Lupus betrifft, so zeigt sich schon nach wenigen Injectionen eine Aenderung des Krankheitsbildes. War es ein stark prominenter Lupus tumidus, so sieht man ihn wesentlich einfallen, hervorragende Protuberanzen werden kleiner und das ganze krankhafte Gewebe flacht zusehends ab. Bei ulcerösem Lupus reinigen sich die Geschwüre schnell, die vorher aufgeworfenen Ränder flachen ab und schnell tritt Verheilung der ulcerirten Partie ein; am schwersten beeinflusst werden die kleinen gelb braunen, in die Haut eingesprengten Lupusknötchen, deren Vascularisation geringer ist als bei den vorerwähnten Formen und Stadien, und da man

bei zunehmender Besserung die ulcerösen und hypertrophischen Formen in einen flachen und trockenen, oder wie Vortr. sagt „ledernen" Lupus umwandelt, ist es begreiflich, dass später die Heilresultate geringer werden, als sie im Beginne versprechen. Die eingetretene wesentliche Besserung ist an den vom Vortr. demonstrirten Kranken zweifellos.

Ob auf diesem Wege eine definitive Heilung erzielt wird, muss die Zukunft entscheiden, erscheint aber dem Ref. (Privatdocent Dr. *Kopp* aus München) aus theoretischen Gründen recht fraglich; denn so lange die injicirten Substanzen in der durch die Aufnahme in den Säftestrom bedingten Verdünnung das virulente Material, im vorliegenden Falle den Tuberkelbacillus zu tödten oder doch in seiner Entwicklung dauernd zu hemmen nicht im Stande ist, wird die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit bestehen, dass trotz aller localen Reactionen, hier und dort im Gewebe Infectionsstoff zurückbleibt, welcher, wie dies ja leider beim Lupus vulgaris trotz der energischesten Eradicationsversuche auf operativem und caustischem Wege täglich gesehen werden kann, zu späterhin auftretenden Recidiven Veranlassung wird. — Höher aber als beim Lupus stehen bisher die Resultate der Thiosinaminbehandlung hinsichtlich des Narbengewebes, das sich sowohl nach spontaner Ulceration des Lupus, als auch nach durch Aetzungen hervorgerufenen Substanzverlusten einstellt. Das Narbengewebe wird nämlich complet erweicht, und die durch dasselbe hervorgerufenen Entstellungen, Ectropium, Eclabium, Functionsstörungen der Bewegung und Ernährung beseitigt. Von sonstigen Wirkungen dieses interessanten Verfahrens sind noch zu erwähnen die auffallende Verkleinerung bestehender Drüsentumoren, die Aufhellung von Cornealtrübungen und die Begünstigung der Resorption von in die Gewebe gesetzten Exsudaten. Damit Hand in Hand geht eine Steigerung der Diurese, Hebung des Appetits und eine bemerkenswerthe Euphorie der dieser Behandlung unterzogenen Patienten. In einem Falle von Tuberculose liessen die den Kranken sehr quälenden und schwächenden Nachtschweisse wesentlich nach. Alle Patienten, an denen Vortr. Wägungen vorzunehmen in der Lage war, hatten an Gewicht zugenommen und einen Fettansatz gewonnen, der ihnen vordem fehlte. Wie auch immer das weitere Urtheil über die Bedeutung dieser Methode ausfallen mag, so viel scheint heute schon fest zu stehen, dass wir in derselben eine vom pharmacologischen und therapeutischen Gesichtspunkte aus hochbedeutsame Entdeckung begrüssen dürfen, und wenn auch nur ein Theil der geweckten Hoffnungen sich erfüllen sollte, wird nicht nur die dermatologische Disciplin, sondern die Gesammtmedicin den Herren *v. Froschauer* und Vortr. zu stetem Danke verpflichtet sein. Für diejenigen, welche weitere Versuche mit dem Thiosinamin zu machen gesonnen sind, wird beigefügt, dass das Präparat bei Herrn Apotheker Dr. *Rosenberg* (Wien, I., Fleischmarkt 1) vorräthig ist und bezogen werden kann.

Kleine Mittheilungen.

1010. ***Behandlung der Cholera mit Jodoform.*** *Von Dr.* ***Bujwid.*** *(Semaine méd. 1892. 43. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 36.)*

Auf die Versuche von *Riedlin* und *Neisser* gestützt, dass Jodoform im Stande ist, den Cholerabacillus zu tödten, empfiehlt Verf dieses Mittel als Prophylacticum und Therapeuticum gegen Cholera in Gaben von 0·02—0·03 2mal des Tages. Die Darreichung geschieht in Pulver oder als Gummimixtur.

1011. ***Fuchsin in toxikologischer und chemischer Beziehung.*** *Von Dr.* **Cazeneuve**. *(Lyon méd. 1892. 25. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 21.)*

Verf. erzählt die Geschichte eines Arbeiters in einer Fuchsinfabrik, der durch 29 Jahre daselbst beschäftigt ist und täglich eine Quantität Fuchsin resorbirt, die Verf. auf 1—2 Dgrm. schätzt, ohne den mindesten Schaden an seiner Gesundheit zu nehmen. Er schliesst daraus, dass die geringen Quantitäten von Fuchsin, die zur Färbung von Nahrungs- und Genussmitteln verwendet werden, keine schädlichen Wirkungen haben können. Ein Kaufmann also, der Fuchsin in den Wein thut, kann als Fälscher verurtheilt werden, nicht aber wegen Vergiftung.

1012. ***Gegen den Schmerz an der mit Gicht behafteten Zehe*** erweist sich wirksam die zeitweilige Anwendung der folgenden Composition:

Rp. *Collodii* 5·0,
Aether 5·0,
Acidi salicyl. 4·0,
Morphii hydrochl. 0·1.
MDS. Stündlich einzupinseln.

(Der ärztl. Prakt. 1892.)

1013. ***Als zweckmässigste Zusammensetzung von Creosotpillen*** empfiehlt **Schmidt-Beerfelden** folgende Vorschrift:

Creosot 20·0,
Glycerin 4·0,
Succ. Liquirit. pulv. 25·0,
Rad. Liquirit.
Rad Althae aa. 12·5.
Gelatin. Glycerini. q. s.
ut f. pilul. Nr. 200·0
Consp. Pulv. Rhiz. Iridis.

(Therap. Monatsh. 1892. 8. — München. med. Wochenschr. 1892. 8.)

Berichtigung. In dem Aufsatze „Zur Cholerabehandlung“ von Dr. F. Urbaschek im 19. Heft der „Med.-chir. Rundschau“ sind folgende Druckfehler zu corrigiren:

Seite 750, Zeile 19, 20 und 23 von oben: lies **Ab**schwellen statt **an**schwellen.
„ 750, „ 10 von unten: lies **gestört** statt **zerstört**.
„ 751, „ 19 von unten: lies **in**fusionen statt **suf**fusionen.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Baumgarten, Dr. med. P., o. ö. Professor der Pathologie an der Universität Tübingen. Namen- und Sachregister zum Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen. Jahrgang I—V. 1885 bis 1889. Braunschweig, Harald Bruhn.

Baumgarten, Dr. med. P., o. ö. Professor der Pathologie an der Universität Tübingen. Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen. Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet und herausgegeben. VI. Jahrgang, 1890. Zweite Hälfte. Braunschweig, Harald Bruhn.

Kaposi, Dr. Moriz, a. ö. Professor für Dermatologie und Syphilis und Vorstand der Klinik und Abtheilung für Hautkrankheiten an der Wiener Universität. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende. Vierte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit zahlreichen, theilweise farbigen Holzschnitten. I. Hälfte (Bogen 1—29). Wien und Leipzig 1893, Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Leonard, Dr. med. C. H., Professor der Gynäkologie an der Universität Detroit, U. S. A. Taschenbuch der Anatomie des Menschen. Vademecum für Studirende und Aerzte. Nach der 17. englischen Auflage übersetzt, herausgegeben und mit ausführlichem Sachregister versehen von Dr. med. Wilh. Benninghoven, prakt. Arzt zu Berlin. Mit 240 für die deutsche Ausgabe neu gezeichneten Abbildungen. Leipzig 1892, Verlag von Peter Hobbing.

Löbker, Prof. Dr. Carl, Oberarzt des chirurg. Krankenhauses „Bergmannsheil" in Bochum. Chirurgische Operationslehre. Ein Leitfaden für die Operationsübungen an der Leiche. Mit Berücksichtigung der chirurgischen Anatomie für Studirende und Aerzte bearbeitet. Mit 276 Holzschnitten. III. verbesserte und theilweise neu bearbeitete Auflage. Wien und Leipzig 1893. Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg** in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: **Eugen Schwarzenberg.**
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.


Andreas Saxlehner
k. u. k. Hof-Lieferant
Eigenthümer der
Hunyadi János Quelle
Zu haben in allen Mineralwasserdepôts sowie in allen Apotheken.
Als bestes seiner Art bewährt und ärztlich empfohlen
Saxlehner's Bitterwasser
Man wolle ausdrücklich verlangen:
Anerkannte Vorzüge:
Prompte, milde, zuverlässige Wirkung.
Leicht und ausdauernd von den Verdauungs-Organen vertragen.
Geringe Dosis. Stets gleichmässiger und nachhaltiger Effect. Milder Geschmack.
110

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

1014. ***Ein Fall von Darminvagination.*** *Von Dr.* ***Maiss.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 39.)*

Der betreffende Fall ist von grosser Bedeutung, weil der 9 Monate alte Patient nur durch einen bisher noch nicht bekannten Kunstgriff dem sicheren Tode entrissen wurde. — Das Kind erkrankte mit ganz frischem Brechdurchfall in Folge eines Diätfehlers. Ein harter nierengrosser Tumor, wurstförmig, oberhalb der Nabelhöhe, rechts von der Linea alba fand sich bei der ersten Untersuchung. Er ist bis in die linke Bauchseite verschiebbar, mit der Hand leicht zu umgreifen, hängt weder mit Leber, noch Niere zusammen — wahrscheinlich Darminvagination. Am nächsten Tag ist der Tumor ganz links und in der Tiefe entsprechend dem Colon descendens; Brechdurchfall besteht fort. Abends findet man, dass der Tumor bis in die linke Fossa iliaca reicht und vergrössert ist, dazu resistenter, wie eine Portio vaginalis. Stuhl ist leicht blutig geworden. Therapie Opium und *Priessnitz*'sche Umschläge. Am nächsten Morgen: Leib aufgetrieben, Erbrechen fäculent riechender Flüssigkeit, rein blutige Stühle. Der Tumor ist wegen der Auftreibung des Leibes schwer zu fühlen. Eingiessungen, Opium, Laparotomie werden zwar erwogen. doch vorher noch der Versuch gemacht, den Tumor manuell zurückzudrängen. An der rechten Seite des Bettchens sitzend, greift Verf. mit der rechten Hand tief in die Fossa iliaca hinein und versucht den Tumor nach oben zu drängen. Dieser lässt sich bis unter die Rippen schieben, entschlüpft aber wieder zur alten Stelle. Nach wiederholten Versuchen erhält Verf. den Tumor oben, die linke Hand drängt von hinten, von der Lendengegend her der rechten zu. Die Angehörigen müssen den linken Schenkel senkrecht anstehend das Kind hoch heben. so dass das Becken und die ganze linke Körperhälfte hochgehalten wird, während die rechte Seite tief liegt, also die Eingeweide nach rechts fallen müssen. Nun wird der Tumor kräftig gegen das Zwerchfell und nach rechts gegen den Magen geschoben, bis die Geschwulst unter Gurren und Poltern der Gedärme wegbleibt. Von diesem Moment an schläft das Kind ruhig, Durchfall und Erbrechen bleiben aus, am nächsten Tag ist das Kind heiter und bis jetzt gesund geblieben. Der Tumor ist geschwunden. *Hausmann,* Meran.

1015. ***Ueber Erythromelalgie.*** *Von Prof.* ***C. Gerhardt.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 39.)*

Verf. liefert einen casuistischen Beitrag zu einer Krankheitsform, die, zuerst von *Graves* erwähnt, als Paralysie vasomotorique

des extrémités bezeichnet, später wiederholt von *Weir Mitchell* beschrieben und von ihm Erythromelalgie genannt worden ist. In der Aetiologie dieser Erkrankung spielen Kälteeinwirkung, starke Anstrengungen der Gliedmassen, vorausgegangene Schwächezustände die Hauptrolle. Die vom Verf. beobachtete Kranke, eine Schneiderin, hatte schwere Handarbeit zu leisten und war durch viele frühere Erkrankungen und Vorausgehen nervöser Beschwerden sehr heruntergekommen. Von den Symptomen wird hauptsächlich der brennende Schmerz erwähnt; auch in diesem Falle begann damit das Leiden, erst dann trat eine auffallende Röthe und eine mässige Verdickung der Endphalangen und Mittelphalangen beider Hände und beider Füsse hinzu. Betroffen sind meistens die unteren Gliedmassen, seltener die oberen allein oder alle vier, wie in diesem Falle. Bei der Mehrzahl kommt die Krankheit in Anfällen zur Steigerung, verschwindet dazwischen manchmal vollständig und nimmt dann wieder an Heftigkeit zu. Der Verlauf ist gewöhnlich ein äusserst hartnäckiger, wie auch in diesem Falle. Die meisten Kranken wurden nur zeitweise gebessert. Die Krankheit reiht sich ihrem Wesen nach in eine grosse Gruppe von Neurosen ein, unter denen man drei Formen unterscheiden kann, die angiospastische, eine zweite mit den gleichen Gefühlsstörungen, aber ohne Erscheinungen von Seiten der Gefässnerven und als dritte die angioparalytische, die nach Verf.'s Ansicht die seltenste ist. *H. Levy,* Breslau.

1016. ***Zur Lehre von den metastatischen Wirkungen des Typhusbacillus.*** *Von Dr.* ***H. Rosin*** *und Dr.* ***B. Hirschel.*** *Aus der medicinischen Abtheilung des Prof. Rosenbach im Allerheiligenhospital zu Breslau. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 22.)*

Die Verff. berichten über einen Befund von Typhusbacillen in einer Infiltration des Unterschenkels, welche bei einem sonst ziemlich leicht verlaufenen Fall von Ileotyphus im Stadium der Entfieberung aufgetreten war. Die Fähigkeit des Typhusbacillus, Metastasen zu bilden, ist bereits durch eine grosse Reihe von Beobachtungen festgestellt worden. Hierbei zeigte es sich, dass in denjenigen Fällen, in welchen es zu einer Eiterung kam, der Typhusbacillus bald einzig und allein, bald auch mit den gewöhnlichen Eitererregern vermischt sich vorfand. In der vorliegenden Beobachtung gelang es den Verff., in dem eigenthümlichen Infiltrate des Unterschenkels, über dessen eigentlichen Sitz sie einen sicheren Aufschluss nicht gewonnen haben, den *Eberth*'schen Typhusbacillus, und zwar ohne andere Mikroorganismen in Reincultur, zu gewinnen. Als Beweis für das alleinige Vorhandensein des Typhusbacillus führen die Verff. das charakteristische Wachsthum der Bacillen auf Kartoffeln, die Nichtverflüssigung der Gelatine, die starke Beweglichkeit der Bacillen, den perlmutterartigen Glanz der Culturen mit dem starken Oberflächenwachsthum, das Verhalten der Bacillen gegenüber den Färbeflüssigkeiten, den negativen Ausfall der Indolreaction und den Unterschied vom Pseudotyphusbacillus an.

H. Levy, Breslau.

1017. ***Ueber paroxysmale Tachycardie.*** *Von Dr.* ***Freyhan.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 39.)*

Unter Hinweis auf den scharfen Unterschied zwischen habitueller und periodischer Erhöhung der Pulsfrequenz theilt Verf.

zwei Beobachtungen letzterer Art, Fälle von sogenannter paroxysmaler Tachycardie, mit. Es handelt sich um zwei Patienten, bei welchen ohne sonstige nervöse Störungen und ohne besonderen Befund in den inneren Organen Anfälle von Luftmangel, Alpdrücken und Erstickungsgefühl, verbunden mit einer Erhöhung der Pulsfrequenz von 200—250 Schlägen in der Minute bei normaler Körpertemperatur, auftraten. Die Anfälle erstreckten sich über 12—40 Stunden und nach Ablauf derselben trat sehr schnell vollständiges Wohlbefinden ein. Zur Erklärung der Erscheinungen führt Verf. an, dass die paroxysmale Tachycardie der Ausdruck einer Neurose in beiden Nervenbahnen, sowohl in der des Vagus wie in der des Sympathicus sein kann. Er glaubt aber in seinen beiden Fällen eine Vagusneurose annehmen zu müssen und stützt sich dabei auf die enorme Höhe der Pulsfrequenz, die bei einer Reizung des Sympathicus niemals in solchem Masse gefunden worden ist und auf den Mangel vasomotorischer und pupillärer Symptome. Bezüglich der Aetiologie bringt Verf. nur Hypothesen bei. Die *Traube*'sche Vorstellung einer partiellen, auf das Herzhemmungscentrum beschränkten Anämie passt sicher nur für einen geringen Bruchtheil der Fälle, während für die Mehrzahl die Annahme die grösste Wahrscheinlichkeit für sich hat, dass die Erkrankung auf reflectorischem Wege zu Stande kommt; den Ausgangspunkt der Reflexbahn können natürlich die verschiedensten Organe bilden, muthmasslich sind Magen und Sexualorgane hierfür prädisponirt. Den Einfluss der Therapie auf seine beiden Fälle wagt Verf. nicht sicher zu entscheiden. *Fraentzel* ist geneigt, bei einer Affection des Sympathicus dem Morphium, bei einer Vagusneurose der Digitalis günstige Wirkung zuzuschreiben, und geht sogar so weit, im concreten Falle ex juvantibus eine werthvolle diagnostische Stütze herzuleiten. Verf. glaubt, das Morphium am wenigsten entbehren zu können; denn, wenn es auch nicht im Stande ist, den Anfall zu coupiren, so wird es doch die quälendsten subjectiven Symptome zu lindern vermögen. *H. Levy*, Breslau

1018. ***Ein Fall von Chylurie.*** *Von Dr.* ***W. Merkel****, Nürnberg. (München. med. Wochenschr. 1892. 9. — Internat. Centralbl. f. d. Phys. u. Path. der Harn- und Sexualorgane. 1892. Bd. III. Heft 8.)*

Ein 17jähriges Fräulein aus der Amberger Gegend litt in Folge eines kalten Donaubades im September 1888 an Schmerzen in der linken Nierengegend und längs des linken Ureters, die als fast anhaltend, theils sehr gering, theils bis zu 10tägigen heftigen Koliken gesteigert angegeben wurden. Patient wurde sieben Tage in der Privatklinik vom Verf. beobachtet. Der Morgenurin reagirte in den ersten vier Tagen der Beobachtung sauer und war trübe. Nach einiger Zeit bildeten sich auf der Oberfläche des weisslich gefärbten Urins weissliche erhabene bis halberbsengrosse, lockere, zerreibliche, sich fettig anfühlende Gerinnsel, die, allmälig sich vergrössernd, eine schmutzig-weissliche, förmliche Rahmschichte bildeten, die, 3—5 Mm. stark, oben fester und consistenter, allmälig dünner und lockerer in den übrigen Urin überging. Dieser blieb stets trüb, war schwach eiweisshaltig und zeigte mikroskopisch neben den gewöhnlichen Blasenepithelien eine Menge feinst vertheilten Fettes. Filariaembryonen waren nicht zu finden. In den

letzten zwei Tagen des Aufenthaltes in der Klinik war der Urin fettfrei. Da der Nachweis auf Filaria nicht gelang und Patient nie über Bayerns Grenzen hinauskam, so ist die Frage berechtigt, ob nicht auch eine endemische Form der Chylurie auf Grund einer noch unbekannten Noxe anzunehmen ist.

1019. ***Ueber nervösen Schnupfen.*** *Von Dr.* ***C. Hornung.*** *Nach dem Vortrage, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums am 21. März 1892. (Mittheilungen des Wiener med. Doctoren-Collegiums. 1892. 20.)*

An derselben Stelle habe bereits Prim. Dr. *Neusser* den ersten Vortrag über die Bedeutung der eosinophilen Zellen im Blute und Secrete gehalten und Dr. *Mandybur* kurze Zeit darauf einen zweiten Vortrag. Heute berichtet Verf. über einen Fall, bei dem aus dem Blutbefunde die Diagnose auf eine Affection des Sympathicus gestellt werden konnte. Es handelte sich um einen, abgesehen von rheumatischen Schmerzen, krank gewesenen Mann, welcher in der zweiten Hälfte des Monates November vorigen Jahres an einem Schnupfen erkrankte, der ihm die grösste Schonung auferlegte, da er sich nach den leichtesten Erkältungen einstellte und den Pat. sehr peinigte. Jedem Schnupfenanfalle ging schon damals ein heftiger Pruritus ad anum voran, so dass Pat. aus dem Auftreten desselben den Eintritt des Schnupfenanfalles vorhersagen konnte. Derselbe begann mit heftigem Niesen, Kälterieseln über den ganzen Körper, Brennen im linken Auge, Schmerzen in der linken Nasenhälfte, metallischem Geschmacke im Munde und endete mit abundanter Secretion eines wasserreichen Fluidums. Nach einem später auftretenden Influenzaanfalle traten Reizungszustände im Nervensysteme auf (Gesichtsneuralgie und gastrische Störungen), wobei die Schweisssecretion auf die linke Körperhälfte beschränkt blieb. Hypnotica, sowie locale Behandlung der linken Nasenhälfte mit Cocain und nachfolgenden Adstringentiis verschafften eine Erleichterung. Solange der Schnupfen exacerbirte, beobachtete Pat. Impotentia coeundi. Harnmenge 1010 Ccm., spec. Gewicht = 1016, die Stickstoffausscheidung herabgesetzt, ebenso die der Phosphate und Chloride. Harnsäureausscheidung war vermehrt. Der Befund liess auf eine Unterernährung des Pat. schliessen und gleichzeitig auf eine uratische Diathese. Im Harnsedimente fanden sich Leukocyten, Prostataepithel und zahlreiche Spermatozoen, wobei aber Pollutionen und Coitus ausgeschlossen blieben. Die Temperatur stieg nie über 37·4°, ja während des Kälterieselns über den Körper sank sie unter 37° herab. Patellarreflexe waren gesteigert. Es liege nahe, hier eine Constriction der peripheren Hautgefässe anzunehmen und die bestehende Obstipation auf eine Reizung des Bauchsympathicus zu beziehen. In der linken Nasenhälfte fand sich eine universelle diffuse Schwellung der Nasenschleimhaut, so dass durch dieselbe keine Sonde durchgeführt werden konnte; im Rachen bestand eine Pharyngitis granulosa. Pupillarreflex war prompt; die Inspection des Afters ergab verödete Hämorrhoidalknoten; linke Prostatahälfte war vergrössert. Wurde aus der Nase ein wasserhelles, dünnflüssiges Secret abgesondert, so ergab es nie eosinophile Zellen, es war aber zellarm und salzreich. War dagegen das Secret dickschleimig, fanden sich die eosinophilen Zellen reichlicher. Es scheine

ferner ein Antagonismus zwischen den pathogenen Mikroorganismen und den eosinophilen Zellen zu bestehen, da bei schweren Infectionskrankheiten die eosinophilen Zellen entweder verringert oder sogar ganz geschwunden sind. Das Blut ergab eine Verminderung des Hämoglobingehaltes und Leukocytose. Verf. ist der Ansicht, dass es sich hier um ein nervöses Leiden handle, und zwar um eine Affection eines Nervengebietes, welches verschiedene Fasern mit sich führe, also des Sympathicus an verschiedenen Stellen seines Verlaufes. Ob hier die Reizung des Sympathicus durch chemische Substanzen oder rheumatische Einflüsse bedingt sei, lasse sich nicht ganz entscheiden, aber man könne hier ganz gut an eine Erkältung denken. Therapeutisch erwies sich Extractum Belladonnae und Sol. arsenic. Fowleri als ein ausgezeichnetes Mittel, indem die vorher erwähnten Erscheinungen rasch zurückgingen. Wurden jedoch die Medicamente nur um zwei Drittel ihrer Dosis herabgesetzt, so stellten sich die Symptome wieder ein. Dieser Fall lehre wieder, wie bedeutungsvoll die Untersuchung des Blutes für die Diagnose sei, indem hier die Erkrankung nicht als bacilläre, sondern als nervöse, und zwar als diathetische, sich herausgestellt habe.

1020. ***Blutung, Entzündung, brandiges Absterben der Bauchspeicheldrüse.*** *Von Dr.* **J. Seitz.** *(Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XX. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 68.)*

Die Blutungen erfolgen entweder als freie Blutungen durch Zerreissung von Gefässen oder als Blutungen in Cystenräume. Die letzteren können so stark werden, dass sie die umgebende Hülle sprengen und wie eine freie Blutung das Gewebe zertrümmern. Die Grade der Blutungen sind verschieden; bald findet man einen, bald mehrere kleine Herde, bald sind sie massenhaft, mehr oder weniger in die umgebenden Organe vorgeschoben. Massenhafte Entleerung in den Peritonealsack ist selten. Die Drüse selbst ist mehr oder weniger angeschwollen, bisweilen zu einem grossen Tumor missgestaltet. Die Ausgänge der Blutungen sind allermeist letal. Die Erscheinungen der Blutungen sind häufig ganz unbestimmt. Das charakteristischeste Ereigniss der Pancreasblutung ist ein plötzlicher gewaltiger Anfall. Ohne Vorboten erfolgt er. Schreckliche Schmerzen in der Magengegend, Uebelkeit, höchstgradiger Kräfteverfall, Angst, Angina pectoris, reissend fortschreitender Kräfteverfall; in 30, 45 Minuten, einer Stunde, in wenigen Stunden, in 1—3 Tagen, selten in noch längerer Zeit erfolgt der Erschöpfungstod. Auch bei anfänglich milderem Verlauf ist der weitere ein gleicher, ein ebenfalls letaler. Circumscripte oder diffuse Peritonitis, Icterus, Ileus, Affectionen des Pericards, der Pleuren, Thrombosen, Verjauchung der Drüse, Durchbrüche des Eiters in die Nachbarorgane sind bei diesem langsameren, aber um so qualvolleren Verlaufe anzutreffen. Der Anprall des Blutes auf die Nervenvertheilung des Unterleibes in der Nähe des Pancreas, das sympathische Geflecht erzeugt Reflexe schlimmster Art auf Magen, Dünndarm, Zwerchfell, Athmung, Herz, Gefässe, das Gehirn im Ganzen. Der Bauchshock beherrscht die Erscheinungen. Was die Entzündung des Pancreas mit Blutungen, die Pancreatitis haemorrhagica der Autoren betrifft, so will sie Verf. keineswegs an sich

leugnen, aber er selbst ist nicht im Stande gewesen, zu constatiren, wo die Hämorrhagien und die hämorrhagischen Entzündungen aufhören. Die eiterige Entzündung des Pancreas ist in allen Punkten durchaus von der Pancreasblutung unterschieden. Sie ist gerade durch das Fehlen der Blutungen ausgezeichnet. Der Eiter findet sich theils als zahlreiche kleinste Herde durch die ganze Drüse zerstreut, theils stellen kleine oder grosse Eitersäcke die Abscesse dar. Oft ist die ganze Drüse mehr oder minder vom Eiter zerfressen, ein Sequester aus ihr gebildet, häufig finden Durchbrüche des Eiters in die Umgebung statt. Ziemlich oft sind Steine im Drüsengewebe gefunden worden. Die Ursachen der eiterigen Entzündung sind in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle unbekannt. Leute im kräftigsten Alter und Bejahrte erkranken unter unklaren Erscheinungen. Magenstörungen, Fieber, Schmerzen in der Magengegend, Entleerung von stinkenden Stühlen, entsprechend Eiterdurchbrüchen mit folgender Erleichterung, eine fühlbare Geschwulst oder kein Ergebniss der Untersuchung. So geht es Wochen und Monate lang, bis Fieber, Schmerzen, Ernährungsstörung, Erschöpfung den Tod herbeiführen. Die Fettnecrose im Pancreas und Gekröse kommt nach Verf. so zu Stande, dass sich einfach das Fett in den Fettzellen umwandelt; es entstehen mit Kalksalzen unlösliche Verbindungen. Diese kleinen Herde wirken wie Fremdkörper und erregen entzündliche Wucherung des Bindegewebes. Kleine gelbe Knötchen mit weichem rahmigem Inhalte, bringen sie durch ihre Confluenz Gefahren. Bei der Gelegenheit der Confluenz werden Anätzungen kleinerer Gefässe, grössere Blutungen, Necroseherde entstehen und wir stehen vor den Folgen, die in Vorstehendem geschildert sind. Die Fettnecrose bezeichnet Verf. ausdrücklich als eine der wichtigsten Ursachen für die Blutung. Den Brand des Pancreas herbeizuführen sind eine ganze Reihe von Ursachen fähig: Blutung, deren Gewalt das Pancreas ganz oder theilweise zertrümmert, die Fettnecrose, die ausserordentlichen Umfang angenommen hat, ein durch den Darm durchgebrochener Fremdkörper, Pancreasstein, embolische, thrombotische Gefässverstopfung und andere nachgewiesene Gelegenheitsursachen. Alle concurriren sie dahin, den Ausschluss der Drüse von der Ernährung zu bewirken. Die weiteren Folgen sind dann: Absterben, Entstehen eines Jaucheherdes, allseitige Freilegung des Organs; entzündliche Reizung des Bauchfelles, Durchbruch des Jaucheherdes in die Nachbarschaft; selbst Abgang des Pancreas durch den After ist zur Beobachtung gekommen. Die Diagnose ist kaum je zu stellen. Nur spärliche Male ist die Diagnose einer Pancreasblutung, einer Pancreasgangrän geglückt. Am meisten Anhaltspunkte kann immer noch der schon Eingangs geschilderte, plötzlich einsetzende Symptomencomplex gewähren, so unbestimmt auch seine einzelnen Componenten sein mögen. Fettstühle und Zucker spielen eine wenig aufklärende Rolle. Reseolaähnliche Flecke haben schon veranlasst, Typhus zu diagnosticiren, wo Pancreasgangrän vorlag. Bezüglich der Behandlung sagt Verf. Folgendes: „Cysten, Cystenblutungen, schwerste Verletzungen sind mit Glück geheilt worden. Das grösste Kunstwerk der schadlosen Entfernung des necrotischen Pancreas hat die Natur wiederholt zu Stande gebracht. Es mag also noch anders gelingen. Nur

werden wir Aerzte den Chirurgen den Vortritt lassen, nicht blos zur Behandlung, sondern oft schon zur Beurtheilung des Leidens. Ein Bauchschnitt geht über unsere medicinischen Freiheiten.“

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

1021. ***Hydrastinin gegen Lungenblutungen.*** *Von Sanitätsrath Dr.* **Hausmann,** *Meran. (Original-Mittheilung.)*

Als Beweis, wie unsicher die interne Therapie bei Lungenblutungen sich gestaltet. dient gerade die grosse Anzahl der Mittel, welche von den frühesten Zeiten bis heute empfohlen wurden. In den letzten Decennien war Acid. sulfuricum, Alaun mit und ohne Morphium, später Morphium allein, dann Secale cornutum in den verschiedensten Formen, Ergotin, je nach der Herzerregung, Digitalis etc. und alle diese Mittel mehr weniger miteinander verbunden, verordnet worden. — In der neuesten Zeit empfahl ich nach günstigen Erfahrungen Einspritzungen von Atropin, die ich immer noch angelegentlichst empfehle, wenn es sich um sehr profuse, durch andere Mittel nicht zum Stillstand gebrachte Lungenblutungen handelt. Da aber Atropin hier und da, allerdings sehr selten, besonders bei Neurosen Convulsionen hervorzubringen im Stande ist (ich sah eine solche unter vielen Fällen ein einzigesmal nur, und zwar als die Dosis zu hoch gegeben war), so versuchte ich in diesen Fällen Hydrastinin à 0·025 Grm. 3—4 Pulver täglich. Unter einer Anzahl anderer, bei denen es mir gute Dienste leistete, sind besonders zwei sehr schwere Fälle, welche nach den ersten Dosen schon zum Stillstand gebracht wurden. Ergotin intern und als Injectionen hatte absolut keinen Erfolg gebracht. Hätte mir Hydrastinin nicht zu Gebote gestanden, so hätte ich, weil beide Fälle allen üblichen Medicamenten, ebenso wie Eisüberschlägen etc. Widerstand geleistet. zu Injectionen von Atropin 0·0002—3 gegriffen. — Der Sicherheit wegen gebe ich Hydrastinin auch nach Stillung der Blutung noch einige Zeit, 8—14 Tage, fort, verringere aber die Dosis, indem ich täglich bis auf einmal 0·025 herabgehe.

1022. ***Ueber die vortheilhafte Wirkung einiger gerbsäurehaltiger Arzneistoffe beim chronischen nicht complicirten Dünndarmcatarrh.*** *Von Dr.* **Leonard Weber,** *New-York. (New-Yorker med. Monatsschr. 1892. Febr.)*

Verf. empfiehlt drei Mittel: Extractum Monesiae, Extractum rad. Columbae und rad. Ratanhiae als wirksames Mittel bei Behandlung des nicht complicirten Dünndarmcatarrhes. Das Extr. Monesiae. aus der Rinde von Chrysophyllum glyciphlorum, einem in Brasilien heimischen Baume, gewonnen, kommt in den Handel in unregelmässigen dunkelbraunen Stücken, ist in Wasser löslich und hat einen anfangs süsslichen, adstringirenden, später andauernd herben Geschmack. In kleinen Dosen von $^1/_4$—$^1/_2$ Grm. stimulirt es den Magen, in grösseren von 1—2 Grm. stört es die Magenverdauung und stopft. Das Extract der bekannten Ratanhiawurzel schmeckt schärfer als das von Monesia, ist ihm in der Wirkung

ähnlich, erzeugt aber leichter dyspeptische Beschwerden und wird weniger gut vertragen. Von der Columbawurzel wird das Extract und die Tinctur als Stomachicum gebraucht entweder für sich oder wie Gentiana als Zusatz zu Mixturen. Eine besonders adstringirende oder verstopfende Wirkung hat *L. Weber* von diesem Mittel nicht beobachtet, obschon es in Indien gegen Diarrhoe und Dysenterie in Form von Aufguss oder Abkochung viel gebraucht wird. Verf. theilt mehrere Fälle von uncomplicirtem Dünndarmcatarrh bei Erwachsenen mit, welche er in den vergangenen 25 Jahren mit diesen Mitteln, respective mit Monesia oder mit Ratanhia mit Columbazusatz behandelt hat, welche schon lange bestanden und verschiedenen Behandlungsweisen trotzten, bevor jene Arzneien verordnet wurden, welche auch glücklichen Erfolg hatten. Das Extr. Monesiae wurde 2 Grm. pro die mit Conserv. Rosarum und Honig in Form einer Latwerge gegeben, oder in Pillenform mit Extr. Columbazusatz (Extr. Mones. Columb. aa. 15·0; Extr. Gent. u. Glycer. q. s. f. pill. 120. Von diesen Pillen 2—3—4 Stück 3mal täglich zu nehmen). Monesia und Columba zusammen machen nicht nur keine Magenbeschwerden, sondern werden gut vertragen und scheinen bei ihrer weiteren Aufnahme im Magendarmcanal die ihnen eigenen adstringirenden Principien in einer Weise zur Entfaltung zu bringen, wie es Tannin für sich nicht im Stande ist. Auch haben diese Mittel keine unangenehmen Nebenwirkungen.

Kisch.

1023. ***Zur Heilung der entwickelten Lyssa beim Menschen.*** Von **Bordoni Uffreduzzi**. (*Riforma med. 1892. 17. März. — Wien. med. Wochenschr. 1892. 36.*)

Im Anschlusse an die Beobachtung von *Novi* und *Poppi* berichtet Verf. über einen ganz analogen Fall. Es handelte sich um einen 40jährigen Kranken, welcher, von einem wüthenden Hunde am Vorderarme gebissen, durch 16 Tage lang der gewöhnlichen Cur nach *Pasteur* unterworfen wurde. Am Tage nach Aussetzung der Behandlung erkrankte er unter schweren Magensymptomen mit Lähmung der unteren Extremitäten, Lähmung der Blase und des Mastdarmes. Die Erscheinungen gingen bei rein symptomatischer Behandlung zurück. In ganz analoger Weise hatte der Autor bereits früher zwei ähnliche Fälle beobachtet. Ohne den Werth der intravenösen Injectionen in Abrede stellen zu wollen, gibt Verf. zu bedenken, dass es ganz wohl vorkommen könne, dass nach den *Pasteur*'schen Injectionen einzelne Symptome der Lyssa in vorübergehender Weise auftreten können. Andererseits ist zur richtigen Werthschätzung jener intravenösen Injectionen zu bedenken, dass eine *Pasteur*'sche Cur vorangegangen ist. Es ist daher der Beweis nicht erbracht, dass die intravenösen Injectionen allein ohne Vorcur die entwickelte Lyssa zu heilen vermögen. Nach Ansicht der beiden Beobachter beweist dieser Fall die Wirksamkeit der intravenösen Impfungen bei ausgebrochener Lyssa. *Cattani* wendet sich in der dem Vortrage folgenden Discussion gegen diese Anschauung. Er verwirft die intravenösen Injectionen als zu gefährlich und überflüssig, und meint, dass die *Pasteur*'sche Impfung, in der gewöhnlichen Art ausgeführt, dieselbe Wirkung hat. Gegen diese Anschauung wendet sich *Muzzi,* der Leiter der *Pasteur*'schen Sta-

tion in Bologna; nach seiner Ansicht beweist die fortschreitende Besserung des beobachteten Falles den Werth und die Wirksamkeit der intravenösen Injectionen.

1024. ***Eigener schwerer Fall von Jodoformintoxication.*** *Von Dr.* ***P. Näcke,*** *Hubertusburg. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 7. — Centralbl. f. Nervenhk. 1892. October.)*

Verf. berichtet über eine schwere psychische Störung, welche er selbst in Folge von Jodoformvergiftung durchgemacht hat. Wegen eines acuten, allgemeinen Eczems hatte er zuerst Sublimatumschläge, dann Bestreuungen mit Jodoform gemacht und im Ganzen circa 10 Grm. davon verbraucht. 8—10 Tage später brach urplötzlich eine tiefe Bewusstseinsstörung von 4tägiger Dauer aus, wobei fast alle Erinnerungsbilder und Vorstellungen schwanden und die Erinnerung an eben Gesagtes und Gethanes aufgehoben war. Er erkannte z. B. seine Frau nicht, wusste nicht, wo er war, stellte fortwährend dieselben Fragen. Ausserdem bestand eine Art Paraphasie, so dass er häufig andere Worte hervorbrachte, als er eigentlich sagen wollte. Einzelne hingeworfene Worte führten zur Anknüpfung einer Reihe von traumartigen Bildern. Daneben bestand häufiger Stimmungswechsel. Die Bewusstseinsstörung schwand ganz allmälig, während die tief gesunkenen Körperkräfte sich schnell hoben. Das Gedächtniss und die Intelligenz blieben noch lange stark geschädigt; selbst die einfachsten Receptformeln fielen ihm nicht mehr ein und es wurde ihm schwer, den Sinn von Gelesenem zu verstehen. Die Erinnerung an jüngst Erlebtes wurde aber bald wieder normal, wie auch die Paraphasie schwand. Sehr lange hielt jedoch eine reizbare Schwäche des Gemüths an. Daneben zeigten sich neurasthenische Erscheinungen (schwere Schlaflosigkeit, hypochondrische Ideen, leichter Tremor der Finger, Herzklopfen nach längerem Sprechen oder Spazierengehen) und unangenehmer Jodoformgeschmack und -Geruch. Die ersteren schwanden schnell, die letzteren verwandelten sich später in unbestimmte balsamische Gerüche, endlich in solche nach Aether. Unter Gebrauch einer Cur in einem Sanatorium wurden allmälig auch das Gedächtniss und die Intelligenz besser, doch konnte er auch 6 Wochen nach Ausbruch der Störung sich auf manche Thatsachen aus seinem Leben nicht besinnen. Am längsten hielt ein leichter Tremor der Finger an. Nach circa 4½ Monaten war Verf. ziemlich völlig hergestellt. — Verf. bezieht die psychische Störung, welche sich mehr als eine Lähmung gewisser Gehirntheile darstellte, auf die Bildung von Jodalbuminen in der Hirnsubstanz, mit deren langsamer Ausscheidung die Symptome psychischer und nervöser Schwäche allmälig schwanden. Die Jodoformgeschmäcke und -Gerüche hält Verf. peripher bedingt durch Ausscheidung des Jodoforms.

1025. ***Die Anwendung von Jodum tribromatum gegen Diphtherie.*** *Von Dr.* ***E. Kraus,*** *Wien. (Arch. f. Kinderhk. Bd. XIV. Heft. 5. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 40.)*

Prof. *Monti* wendet neuestens gegen Diphtherie das Jodum tribromatum an. Verf. berichtet über drei Fälle, in denen das Mittel sich vortrefflich bewährte. Das Jodum tribromatum, JBr_3, ist eine Mischung von reinem pulverisirtem Jod mit reinstem Brom im Ver-

hältniss ihrer Atomgewichte, also 5·08 Jod : 9·60 Brom. Das Präparat stellt eine dunkelbraune Flüssigkeit dar von stark stechendem und unangenehmem Geruche, die unter Entwicklung von die Athmungsorgane reizenden Dämpfen sich rasch verflüchtigt. Das Jodtribromid löst sich in Wasser und bildet in der Lösung von 1 Grm. = 20 Tropfen auf 200 Grm. Wasser eine klare durchsichtige, sanft bernsteingelbe Flüssigkeit von nicht mehr widerlichem Geruche. Verf. verordnete sowohl als Gargarisma, als auch zur Inhalation (mittelst *Siegle)* 20 Tropfen des Mittels auf 300 Grm. Wasser. Aus seinen drei Fällen, von denen zwei zu den schweren Formen gerechnet werden können, zieht er die folgenden Schlüsse: 1. Dem Jodum tribromatum muss eine, die Pseudomembranen lösende, antiparasitäre und antiseptische Eigenschaft zugeschrieben werden. 2. Dieses Mittel geht rasch in den Blutkreislauf über (Jodgehalt des Harns); die Lungen der Kranken sind daher sorgsam zu überwachen; bei bedenklichen Erscheinungen müssen die Inhalationen sistirt werden. 3. Das Jod. tribrom. scheint einen coupirenden Einfluss auf das Fieber auszuüben. 4. Es wird von den Patienten ohne jedes Widerstreben in allen Formen der Anwendung gebraucht; es erzeugt viel geringere unangenehme Empfindungen als Kali chloricum in Solution und Natr. benzoicum als Insufflation. 5. Soll das Mittel günstig wirken, muss es gleich vom Beginne der Krankheit in Gebrauch genommen werden. Bei schon ausgebreitetem Process versagt es die gewünschte Wirkung.

1026. ***Zur Prophylaxe der Nephritis scarlatinosa.*** *Von Dr.* ***Ziegler.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 2. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 38.)*

Verf. empfiehlt als prophylactisches, vom ersten Tage an anzuwendendes und 3 Wochen fortzusetzendes Mittel Milchdiät, neben der er allenfalls noch etwas Zwieback gestattet. In seiner Privatpraxis ist Verf. in den 6 Jahren, während deren er die Methode anwendet, keinerlei Störung von Seiten der Nieren vorgekommen und im Potsdamer Militärwaisenhause, wo in 4 vorhergegangenen Epidemien (115 Fälle) Nephritis sehr häufig (5 Todesfälle) aufgetreten war, kam es bei dieser Methode in 4 Epidemien (100 Fälle) kein einziges Mal zu Nephritis, obgleich eine der letzteren eine Mortalität von 28% aufwies.

1027. ***Die Anwendung des Kali hypermanganicum in einem Falle von acuter Phosphorvergiftung.*** *Von Dr.* ***Johann Erdös,*** *Bergwerksarzt, Zagyva-Inaszó. (Orvosi Hetilap. 1892. 30. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 41.)*

Anknüpfend an die Mittheilung *J. Antal's,* der bei seinen an Hunden vorgenommenen Experimenten die Wirkung des Kali hypermang. bei Phosphorintoxicationen erschloss und dieses Mittel als chemisches Antidot auch bei Menschen empfahl, theilt Verf. den folgenden Fall mit. Eine 27jährige, im 5. Monate schwangere Frau trank in selbstmörderischer Absicht die Lösung von vier Päckchen Zündhölzchen, nachdem diese sechs Stunden lang im Wasser lagen. Kurz nach der Einverleibung des Giftes verlor sie das Bewusstsein und in einem solchen Zustande ward sie noch zwei Stunden später von ihrem Manne angetroffen. Verf. fand die Kranke bewusstlos, mit blassem Gesichte und saccadirter Athmung.

Die Cornea schwach reagirend. Verf. injicirte der Pat. eine halbe Spritze einer 1proc. Apomorphinlösung, worauf sie eine dickliche, schleimige Masse, später Speisereste erbrach. Das Erbrochene verbreitete einen intensiven Phosphorgeruch. Als das Erbrechen noch durch Reizung des Schlundes mittelst eines Federbartes befördert wurde, kam Pat. zu sich. Einer Magenauswaschung widerstand Pat. Auf Zureden willigte sie ein, eine zur Auswaschung vorbereitete Kal. hypermang.-Lösung ($^1/_{10}$ Procent) einzunehmen. Sie trank davon innerhalb $1^1/_2$ Stunden zwei Liter und erbrach inzwischen. Der Zustand besserte sich und Verf. verliess die Kranke mit dem Auftrage, noch einen Liter zu verbrauchen. Am nächsten Morgen klagte Pat. über ein Gefühl, wie wenn ihr Magen mit geriebenem Kren gefüllt wäre. Des Nachts erbrach sie oft. Therapie: 1 Liter $^2/_{10}$proc. Kali hypermangan.-Lösung. Kalte Umschläge auf die Magengegend. Nachmittags 5 Uhr war das Erbrochene mit geronnenem Blute gemengt. Am folgenden Tage (28. Juni) hochgradige Schwäche, vollkommene Appetitlosigkeit. In der verflossenen Nacht häufiges Blutbrechen. Pat. verspürt keinen Phosphorgeruch mehr. 29. Juni. St. idem. Als Getränk mit Eiweiss gemengtes Wasser. 5 Tage später ist Pat. erholt. Der Fall reiht sich im Hinblick auf die beträchtliche Giftmenge und den Umstand, dass die Behandlung erst zwei Stunden nach der stattgehabten Vergiftung eingeleitet wurde, ohne Zweifel jenen Fällen an, die sonst keinen günstigen Ausgang anhoffen liessen. Verf. schreibt daher den günstigen Verlauf der Wirkung des Kali hypermang. zu, wonach die noch nicht resorbirten Theile des Phosphors ziemlich rasch in Phosphorsäure umgewandelt wurden. Bezüglich der Anwendungsweise des Gegenmittels hält es Verf. für zweckmässiger, dasselbe einfach trinken zu lassen, als mittelst Sonde dem Magen zuzuführen. Auf solche Weise lassen sich auch die auf die Wand des Schlundes und Oesophagus abgelagerten Phosphortheile mit dem Mittel in Berührung bringen. Zur Application der Magensonde bedarf es einer gewissen Einübung, wozu man in dringenden Fällen keine Zeit hat. Nur wenn sich das Mittel auf andere Weise nicht einführen liesse, müsste zur Sonde gegriffen werden. Behufs Evacuirung des Mageninhaltes ist es vortheilhafter, wenn man grössere Mengen Flüssigkeit zuführt; man wende daher erst diluirtere und dementsprechend grössere Mengen an.

1028. ***Die Kola-Nuss.*** *Von* ***F. Combemale.*** *(Bull. génér. de thérap. 1892. 29. Januar. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 38.)*

Die Kola-Nuss gilt in Afrika als Mittel gegen den Durst, zur Verbesserung des Geschmackes von Wasser, als Stomachicum, Abortivum, Aphrodisiacum und Zahnmittel. Die Kola-Nuss ist der Same der Sterculia acuminata. Die Analyse von *Heckel* und *Schlagdenhauffen* ergab an Bestandtheilen: beträchtliche Mengen von Coffeïn und Theobromin, Tannin, Fette, Glucose, Salze, Stärke, Gummi, Farbstoffe, darunter das Kolaroth, Proteïnkörper, Asche und Wasser. Dieselben Autoren fanden, dass wässerige oder alkoholische Lösungen hypodermatisch injicirt, bei Kaninchen und Fröschen die Wirkungen reinen Coffeïns zeigten; die der Injectionsstelle benachbarten Muskeln contrahirten sich. *Monnet* erkannte die

Kola-Nuss als Herztonicum und Diureticum, welche Wirkung auf dem Coffeïn- und Theobromingehalt beruhe. In topischen Dosen wirke sie lähmend auf die quergestreiften Muskeln. Ferner sei sie ein Sparmittel in der Ernährung, ein allgemeines Tonicum, dessen Anwendung bei chronischen schwächenden Krankheiten, in der Reconvalescenz und bei Anämien indicirt sei. Sie sei ferner ein Stomachicum und Antidiarrhoicum. Verf. selber constatirte an der Kola-Nuss die Wirkungen des Coffeïns und ferner reizende Wirkungen auf die Geschlechtssphäre. *Firth,* welcher die Kola-Nuss am Menschen prüfte, fand, dass dieselbe diuretisch wirkt, das Nervensystem anregt, die arterielle Spannung und die Herzkraft vermehrt, Strapazen erleichtert und Nahrungsmangel ertragen lässt. *Kotliar* spricht die Kola-Nuss als Sparmittel an, desgleichen *Monavon* und *Perroud,* welche Letzteren eben so wie *Dubois* in Lyon die Kola-Nuss wirksamer finden als das Coffeïn. Es fragt sich nun, welches das wirksame Princip der Kola-Nuss ist. Während *Heckel, Dubois, Perroud* u. A. dieses im Kolaroth suchen, ist *Germain Sée, Lapicque* und *Gombemale* der Ansicht, dass es sich im Wesentlichen bei der Kola-Nuss um eine Coffeïnwirkung handle. Verf. fügt noch hinzu, dass die Erregung der Geschlechtssphäre die Wirkung auf die Zähne und der erfrischende Effect vom Tannin, den Säuren und einem specifischen Oel, welches die Nuss enthalte, abhängig sei. Therapeutische Verwerthung hat die Kola-Nuss gefunden: bei Durchfällen, wo ihr Tanningehalt in Betracht kommt, bei Herzkrankheiten und als Diureticum, wo es durch seinen Coffeïn- und Theobromingehalt wirkt; als Tonicum und Excitans bei nervösen Depressions- und Schwächezuständen, gegen Alkoholismus, wo seine Wirkung sehr zweifelhaft ist; gegen Seekrankheit und endlich gegen Syncope bei der Geburt.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

1029. ***Ueber Perityphlitis und deren Behandlung.*** *Von Dr.* ***Graser.*** *Aus der chirurgischen Klinik zu Erlangen. (München. med. Wochenschr. 1892. 16 u. 17.)*

Die in der Erlanger chirurgischen Klinik zur Operation gekommenen Fälle von sich an Perforation des Processus vermiforis anschliessenden Entzündungen haben fast sämmtlich eine Reihe gleicher Erscheinungen in ihrem Krankheitsbilde dargeboten. Die Krankheit begann plötzlich mit heftigen, besonders in der Nabelgegend, alsdann mehr und mehr in der Cöcalgegend auftretenden Schmerzen und Erbrechen; diese Symptome liessen dann wieder nach, es wurde in der rechten Darmbeingrube eine umschriebene Geschwulst bemerkbar, bis sich wiederum — meist plötzlich — eine mit Fieber, neuen Schmerzen und Vergrösserung der Geschwulst einhergehende secundäre Verschlimmerung der Erscheinungen einstellte, die in allen Fällen durch Eiterung bedingt war, deren Bestehen, auf Grund jener secundären Steigerung der Symptome, von Oedem der Bauchdecken, auch wohl durch die Untersuchung vom Mastdarm oder von der Scheide aus oder durch eine Probepunction diagnosticirt, durch die Operation oder den weiteren Verlauf (Durchbruch des Abscesses z. B. in den Mastdarm) sicher

erwiesen werden konnte. — Unter den operirten Fällen finden sich sehr viele jugendliche Individuen. In 2 Fällen wurde die Operation nach der Eröffnung der Bauchhöhle abgebrochen, weil der Eiterherd nicht zugänglich war; in dem einen derselben hat er sich dann in den Mastdarm entleert, in dem anderen wurde er beim Verbandwechsel gefunden oder geöffnet. Einen schädlichen Einfluss hat die Operation in keinem Falle gehabt, in manchen sehr schweren Fällen freilich den Patienten auch nicht mehr retten können. Die einzelnen Krankengeschichten, beziehen sich auf 10 Frühoperationen bei umschriebener Peritonitis [6 geheilt, 1 Operation ohne Erfolg (Spontandurchbruch), 3 mit tödtlichem Ausgang (Sepsis)], 2 Operationen bei allgemeiner Peritonitis (je 1 geheilt und gestorben) und 4 Operationen abgegrenzter Abscesse (4 geheilt) (siehe im Original). Gibt Verf. auch die Möglichkeit zu, dass einzelne der operirten Fälle auch ohne Operation geheilt wären, da er die Thatsache der Resorptionsfähigkeit kleiner Eiterherde nicht leugnet, so ist er doch der Ueberzeugung, dass für alle mitgetheilten Fälle die Operation die beste Behandlung war, da sie die Patienten in den günstig verlaufenen Fällen den schweren ihnen noch drohenden Gefahren entzog. Er hält die Operation dann für indicirt, wenn irgend welche bedrohlichen Erscheinungen (rasche Verschlimmerung des Allgemeinbefindens, secundäre Steigerung aller Symptome mit Zunahme der Geschwulst) dazu auffordern, oder wenn wir auf Grund einer sicheren Diagnose, ohne neue Gefahren zu bringen, den Krankheitsverlauf abkürzen und den Patienten vor dem Eintreten neuer Complicationen sicher stellen können.

1030. ***Ein Fall von willkürlicher Verrenkung des Humerus nach hinten.*** *Von* **F. Fuhr.** *(München. med. Wochenschr. 1892. 18. — Centralbl. f. Chir. 1892. 40.)*

Während bei habituellen Luxationen der Act der Luxation ein ungewollter und auch die Reposition eine passive ist, besteht die Kunst der willkürlichen Verrenkung eines Gelenkes darin, den Willenseinfluss auf einzelne die Verrenkung begünstigende Muskeln zu concentriren und die ihnen hierbei hinderlichen auszuschalten. Es lässt sich dies durch fortgesetzte Uebung allmälig für viele Gelenke erlernen; Hand in Hand mit der Uebung der Muskeln geht secundär die Ausweitung der Kapsel; andere Abnormitäten am Gelenk fehlen. Wie in anderen Fällen, gab auch in dem von Verf. mitgetheilten, einen 16jährigen Knaben betreffenden, eine 3 Jahre vorher erfolgte traumatische Luxation die Gelegenheitsursache ab, die Aufmerksamkeit des Trägers auf das Gelenk zu richten und ihn zu Exercitien mit demselben zu veranlassen. So gelang es denn dem Jungen allmälig den Arm nach Belieben, indess niemals ohne dass er es wollte, aus- und einzurenken. An dem rechten Schultergelenk ist ausser einer bedeutend stärkeren Entwicklung der M. infraspinatus und subscapularis nichts Besonderes zu bemerken. Fordert man den Knaben auf, den Arm zu luxiren, so geschieht dies mit einem starken Ruck bei leichter Adduction und Innenrotation der Extremität; die Einrenkung geschieht ohne unterstützende Bewegungen des Ober- und Vorderarmes gleichfalls mit einem deutlichen Ruck, passiv durch Zug oder Auswärtsrotation auch gegen den Willen des Patienten. —

Bei langsamer Ausführung der Luxation sieht und fühlt man, dass zuerst der hintere obere Schulterblattwinkel gehoben und das Schulterblatt horizontal gestellt, dann durch die gleichzeitige Contraction der Ein- und Auswärtsroller des Armes mit Ausschluss des Supraspinatus der Humeruskopf nach hinten gezogen wird; die Reposition geschieht lediglich durch die Elasticität der gespannten Muskeln und die Schwere der Extremität ohne Beihilfe irgend eines Muskels.

1031. ***Wundrand-Hautfaltennaht nach Ausräumung von Bubonen.*** *Von Dr. **Zehnder**, Schweinfurt. (Centralbl. f. Chir. 1892. 40.)*

Bei Ausräumung der Bubonen besteht der Nachtheil einer langen Dauer der Wundheilung. Von den jetzt üblichen Methoden der Wundbehandlung ist die unter dem Blutschorf nicht zuverlässig, wenn ihr auch nachgerühmt werden muss, dass in Fällen, in denen sie gelingt, in ganz kurzer Zeit Heilung erfolgt, in den meisten Fällen tritt Eiterung ein. Die Naht mit Drainagebehandlung hat bezüglich der Dauer keine Vorzüge. Als die geeignetste Methode lässt sich daher wohl die Jodoformgazetamponade ansehen. Weggelassen kann sie werden in denjenigen Fällen, in denen die Drüsenpackete keinen grösseren Eiterherd, sondern jene bekannten miliaren Abscesse enthalten, und deshalb auch während der Operation eine Infection der Wundhöhle leichter vermieden werden kann. Tritt bei nöthig befundener Jodoformgazetamponade keine Temperaturerhöhung oder stärkere Secretion ein, so kann nach 3—4 Tagen zur Naht geschritten werden, Fälle mit starker Secretion können 8—10 Tage lang die Tamponade benöthigen. Wenn man der Jodoformgazetamponade in gewöhnlicher Weise die Secundärnaht anschliesst, so geschieht es trotzdem nicht so selten, dass bei den Bewegungen in der Hüfte, die sich nicht ganz vermeiden lassen, die Naht platzt, oder die Wundränder zum Theil wenigstens aus einander weichen. Es wird bei der gewöhnlichen Naht nicht ein festes Anpressen der Haut an das unterliegende Gewebe erreicht, und ein Andrücken durch den Verband ist illusorisch, da dieser alsbald sich zu verschieben und zusammenzuschrumpfen anfängt. Dazu kommt, dass die Anlegung eines Verbandes in Beugestellung der Hüfte nicht so allgemein üblich ist, als sie es verdient. Die Naht nun, welche die starke Tendenz der Wundränder, aus einander zu weichen, bekämpfen soll, ist folgende: nach Beendigung der Tamponade oder seltener sofort nach der Operation fortlaufende Catgutnaht. Am inneren Wundwinkel wird eine Lücke für die Wundsecrete freigelassen, eventuell durch Jodoformgazestreifen, Catgut etwas offen gehalten. Nunmehr wird die Haut in einiger Entfernung von den Wundrändern beiderseits in Falten aufgehoben, der Kamm der beiderseitigen Falte an einander gebracht und mit Catgut, Seide oder am besten Silberdraht zusammengenäht, so dass die ganze Catgutwundnaht von der Faltennaht überlagert wird. Man wendet Knopfnähte an, kann aber zwischendurch Matratzennähte anlegen. Der Zwischenraum zwischen der oberen und unteren Naht bleibt frei. Eine Schwierigkeit der Faltenbildung existirte in den von Verf. ausgeführten und beobachteten Fällen bei Zuhilfenahme der Hüft-

beugung nicht, da ja meist die gesetzte Wundhöhle eine bedeutende Ausdehnung hat, so dass viel überschüssige Haut vorhanden ist, und sollte wegen eiteriger Infiltration die Entfernung eines grösseren Stückes der Wundränder nöthig geworden sein, so lässt sich Ersatz schaffen durch Ablösung der angrenzenden Haut. Nach einiger Zeit haben die Faltennahtränder die Tendenz, aus einander zu weichen, jedoch hat das keinen störenden Einfluss auf die Hautwundränder, da bis dahin schon Verklebung, respective Verwachsung, eingetreten ist, und dieselben jedenfalls noch so entspannt bleiben, dass sie nicht aus einanderweichen. Nach den bisherigen an 6 Fällen gemachten Beobachtungen kann eine Abkürzung um etwa 3 Wochen erwartet werden, so dass die Behandlungsdauer der ausgeräumten Bubonen circa 4 Wochen betragen dürfte. Es wäre die beschriebene Art der Naht gegebenen Falles auch an anderen Körperstellen, so am Damm, zu versuchen. *O. R.*

1032. ***Fremdkörper der Harnröhre und der Blase.*** *Von Dr.* ***B. Kenyeres,*** *Budapest. Demonstrirt im k. Verein d. Aerzte. 19. März 1892. (Internat. Centralbl. f. d. Phys. u. Path. d. Harn- u. Sexualorgane. 1892. Bd. III. Heft 8.)*

Das demonstrirte Präparat stammt von einem 40jährigen Selbstmörder, der sich wegen seines „unheilbaren“ Uebels erhenkt hatte. Die Krankheiten der Sexualorgane bilden oft den Beweggrund zum Selbstmorde, trotzdem die Krankheit nur selten solcher Natur ist, dass sie in den Augen des Fachmannes den Selbstmord zu motiviren geeignet erscheinen. In diesem Falle aber bestand eine Erkrankung solcher Natur, die, abgesehen von den bedeutenden subjectiven Ungelegenheiten, auch den Broterwerb erschwerte, da der sociale Verkehr durch dieselbe erschwert wurde. Die Leiche hatte schon von Ferne einen penetranten Uringeruch. Die Kleidung war von Urin durchtränkt, die Sexualorgane und die Haut ihrer Umgebung waren aufgeätzt. An der Wurzel des Penis war eine Harnröhrenfistel zu sehen. In der aufgeschnittenen Urethra fanden sich mehrere Stricturen und eine Anzahl von abgebrochenen Bougiestücken, die stark incrustirt waren. Ein Bougiestück ragt mit dem einen Ende in die Blase, das andere Ende liegt in der Pars prostatica, und um beide Enden hat sich je ein erbsengrosser Stein gebildet, so dass das ganze Stück einem Turneisen (Hantel) ähnlich sieht.

1033. ***Behandlung von Hämorrhoidalblutungen.*** *Von* ***Aghina.*** *(Weekbl. v. h. nederlandsch Tijdschr. vor Geneeskunde. 1892. 8. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 22.)*

Verf. beschreibt ein Verfahren, welches ihm bei den Hämorrhoidalblutungen gute Dienste geleistet hat; er benutzte ein Condom, welches durch einen weiblichen Catheter in den Anus eingeführt und dann durch einen Insufflator aufgeblasen wurde. In Folge des nun eintretenden Druckes entleeren sich die angeschwollenen Gefässe und die Schleimhaut haftet fester an der Darmwand. Der Tampon wird natürlich bei eintretendem Stuhlgang entfernt, dabei ist jedoch zu merken, dass die Anwesenheit des Fremdkörpers im Mastdarm anfangs Stuhldrang erzeugt, der aber bald überwunden wird; nach jeder Defäcation soll darauf der Mastdarm, bevor die Tamponade erneuert wird, desinficirt,

respective gesäubert sein. Die Resultate dieser Behandlungsweise sind nach Angabe des Verfassers überraschende, die Hämorrhoiden kommen sehr selten zurück und die Cur soll 14 Tage fortgesetzt werden; während dieser Zeit bleibt der Kranke zu Bett liegen. Leider kann ein derartiger Tampon schwer durch den Kranken selbst eingeführt werden und dieser Umstand veranlasste den Verf., einen anderen zu verfertigen, der diesen Nachtheil nicht besitzt; er ist aus Gummi gemacht und hat Aehnlichkeit mit einem *Braun*'schen Vaginaltampon. In leerem Zustand wird auch er eingeführt und hat im aufgeblasenen Zustand die Dicke eines Fingers; er kann beliebig weit ausgedehnt werden. Vor Gebrauch wird er in Wasser gelegt und dann mit Oel oder Vaselin beschmiert, Glycerin wird dabei vermieden, weil es die Darmwand reizt; er kann auch mit Eiswasser gefüllt werden; bei *Pohl* in Amsterdam wird er angefertigt und ist auch dort käuflich zu haben. Im Anschluss an die Demonstration des Tampons erzählt Verf. eine äusserst interessante Krankengeschichte, welche den drastischen Erfolg seines Verfahrens auf das Deutlichste zeigte. Ein 65jähriger Herr, der durch Hämorrhoidalblutungen bereits total geschwächt und mit allen möglichen Methoden behandelt war, erlangte in verhältnissmässig kurzer Zeit seine frühere Gesundheit wieder, nachdem er einige Tage nach den Anordnungen des Verf. behandelt wurde.

1034. ***Zur Wahl der Einstichstelle bei der Paracentese der Bauchhöhle.*** *Von Dr.* **Trzebicky.** *(Arch. f. klin. Chir. Bd. XLI, pag. 850—865. — Centralbl. f. Chir. 1892. 39.)*

Seit *Monro's* Zeiten wird als entsprechendste Stelle hierzu der Mittelpunkt einer vom Nabel zum vorderen oberen Darmbeinstachel geführten Linie angegeben. Doch fehlt es auch nicht an Stimmen, welche dieser Einstichstelle die absolute Gefahrlosigkeit absprechen und zahlreicher Verblutungsfälle in Folge Verletzung der Art. epigastrica erwähnen. Auch Verf. hatte das Unglück, bei einer Paracentese der Bauchhöhle am *Monro*'schen Punkte die genannte Arterie zu verletzen. Die abundante Blutung nach Extraction der Canüle konnte in Ermangelung jeglicher Instrumente zur Ligatur oder Umstechung nur durch mehrstündige Compression der Art. iliaca gestillt werden. Aus Anlass dieses Falles suchte Verf. zu ermitteln, ob er es nur mit einer seltenen Abnormität des Arterienverlaufes zu thun hatte, oder ob die Wahl des *Monro*'schen Einstichpunktes überhaupt nicht empfehlenswerth sei. Er löste die Frage im Wege anatomischer Untersuchung, indem er an 36 Leichen die Lage der Arterie zur bezüglichen Punctionsstelle feststellte. Das Resultat der Untersuchung war folgendes: Die in der Regel von einer einfachen Vene begleitete Art. epigastrica verläuft stets innerhalb der Rectusscheide und deshalb variabel. Zumal bei Diastase der Recti liegt sie oft genau in der Mitte zwischen Nabel- und Darmbeinstachel. Sie kann somit bei Punction an der *Monro*'schen Stelle leicht verletzt werden. Oefters liegt, wenn nicht die Arterie selbst, so doch ein starker Seitenast derselben gerade gegenüber der Punctionsstelle. Aus diesen Gründen ist die Punction in der Linea alba, aber genau in dieser, vorzuziehen.

1035. ***Ueber Parametritis.*** *Von* ***Joseph Price,*** *Philadelphia. (Amer. Journ. of obstetr. 1892. Juni-Heft, pag. 735.)*

Eine Parametritis per se ohne Betheiligung der Tuben und Ovarien gibt es nicht. Das, was man gewohnt ist, Parametritis zu nennen, ist nichts Anderes, als eine umschriebene Pelveoperitonitis mit consecutiven Adhäsionen der Beckenorgane, ohne dass aber gleichzeitig Eiter da sein muss. Sehr häufig schreitet die Entzündung auf dem Wege der Tuba empor, übergeht auf das Ovarium und von da aus erst auf das Peritoneum. Hierbei ist in der Regel das Abdominalende der Tuba durch die Entzündung verschlossen. Diesen Process könnte man höchstens, so lange das Peritoneum noch nicht ergriffen ist, Parametritis nennen. Das Beckenbindegewebe entzündet sich nur für sich allein. Ist ein Entzündungs- und consecutiv ein Eiterherd da, so rührt dieser nur von einer Entzündung des Beckenperitoneums oder einer Entzündung der Uterusadnexen her. Damit übereinstimmend fand man bisher noch nie, weder bei einer Section, noch bei einer Operation, das Beckenbindegewebe allein für sich entzündet. Da es keine Parametritis im üblichen Sinne gibt, so ist damit die Möglichkeit da, wenn im Becken ein Eiterherd da ist, diesen in toto zu exstirpiren. Man hat den Eiterherd zu exstirpiren und darf man sich nicht damit begnügen ihn blos zu eröffnen, zu drainiren oder etwa seine Wandungen in die gesetzten Wunden einzunähen und ihn darauf zu eröffnen. Schon aus dem Grunde empfiehlt es sich, die Laparotomie zu machen und den Eiterherd zu exstirpiren, da man nicht wissen kann, ob nicht ausser ihm noch ein weiterer da ist.

Kleinwächter.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

1036. ***Ueber abnorme Thränensecretion als Reflexerscheinung von Schwangerschaft.*** *Von Dr.* ***A. Nieden.*** *(Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1891. Octob.)*

Dass die Thränendrüse zu vermehrter Absonderung durch den schwangeren Uterus auf reflectorischem Wege gereizt werden kann, war bisher in der Literatur nicht verzeichnet. Eine 25jährige Primipara, welche Verf. beobachtete, hatte über ganz abnorme Speichelsecretion und heftigen Vomitus matutinus als erste Symptome der eingetretenen Empfängniss zu klagen. Mit dem Nachlass der überreichen Speichelabsonderung im dritten Schwangerschaftsmonate trat indess ein so abnormes Thränentröpfeln auf beiden Augen ein, dass Patientin sich schliesslich veranlasst sah, dagegen ärztliche Hilfe nachzusuchen. Dasselbe begann Morgens sofort, nachdem die Augen geöffnet waren und hielt den ganzen Tag über an. Die Thränensecretion war so stark, dass die Augen stets in Thränen schwammen, und durch stetiges Zwinkern der Versuch gemacht wurde, den Ueberschuss abzuführen. Eczematöse Röthe der äusseren unteren Lidflächen, Excoriation der Haut in der Umgebung der äusseren Lidkanten. Die nähere Untersuchung ergab die Angaben der Patientin vollauf bestätigt. Der Bindehautsack beider Augen schwamm bei kurzem Aufhören der Zwinkerbewegung in Thränenflüssigkeit, die nur zum kleinen Theil durch die normal

gestellten und geöffneten Thränenröhrchen in den keine pathologischen Erscheinungen zeigenden Thränensack abgeführt werden konnte. Die Schleimhaut des Bindehautsackes zeigte keine wesentliche Abweichung von der Norm, die Schleimsecretion war nicht vermehrt. Nur der äussere obere Theil schien stärker hyperämisch zu sein und leicht geschwellt, wie auch Druck in die Tiefe dieser Gegend eine grössere Resistenz erkennen liess und schmerzhaft empfunden wurde. Es handelte sich um eine Anschwellung der beiden oberen Lappen der Thränendrüse, wie man sie nicht selten bei chronischem Trachom im zweiten Stadium zu palpiren Gelegenheit hat. Die Thränenflüssigkeit selbst zeigte schwach alkalische Reaction und keine morphologischen Bestandtheile. Ebenso auffallend nun, wie die Erscheinung der ganz ungewöhnlichen Thränenhypersecretion, war auch die Einwirkung, wie Verf. sie auf Eintröpfeln einiger Tropfen einer 5procentigen Cocainlösung in den Bindehautsack beobachten konnte. Wie im Augenblick erschien der Zustand gänzlich verändert, nach fünf Minuten hatte die Secretion fast ganz aufgehört, so dass Patientin, ohne zu blinzeln, ruhig aufblicken konnte, der Thränensee im Bindehautsack vollkommen versiegt war und die Bindehaut die charakteristisch blasse Färbung annahm. Am Angenehmsten wurde Patientin durch das gleichzeitig damit einhergehende subjective Wohl- und Erleichterungsgefühl überrascht, welches auch anhielt, nachdem die anästhetischen Erscheinungen an Conjunctiva und Cornea schon wieder zurückgetreten waren. Nach Verordnung des Mittels zum weiteren Gebrauch erschien Patientin zur weiteren Behandlung nicht mehr und ist wohl anzunehmen. dass entweder das Mittel auch in der Folge seine Secretion vermindernde Wirkung ausgeübt hat, oder auch mit dem Weiterfortschreiten der Schwangerschaft und dem damit einhergehenden stärkeren physiologischen Functioniren anderer Secretionsorgane, wie der Milchdrüsen, jene reflectorische Reizung der thränenbildenden Organe ihr Ende erreicht hatte.

O. R.

1037. ***Ueber die Anwendung des Aescorcins in der Augenheilkunde.*** *Von Dr.* ***Fröhlich.*** *(Arch. f. Augenhk. 1892. Mai. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. med. Wissensch. 1892.)*

Das Aescorcin (ein Spaltungsproduct des aus der Rosskastanie gewonnenen Aesculetins) leistet nach *Fröhlich* als diagnostischer Farbstoff bei Hornhauterkrankungen sehr gute Dienste. Lässt man einen Tropfen einer 10—20proc. Lösung von Aescorcinsäure auf eine intacte Hornhaut fallen und untersucht man diese dann mit der Lupe, so bemerkt man besonders gut bei künstlichem Licht, dass das die Hornhaut bedeckende Thränensecret röthlich gefärbt ist. Wartet man einige Augenblicke oder spült man das Secret mit einigen Tropfen Wasser herunter, so erscheint die Hornhaut wieder ganz farblos. Ist die Hornhaut aber nicht intact, finden sich in ihrer Epitheldecke Continuitätstrennungen, von den leichtesten Lockerungen der Kittsubstanz bis zum Ulcus, so werden diese gefärbt, hellroth, bei schwachen, gesättigter bei stärkeren Aescorcinlösungen. Je nach der Grösse und Beschaffenheit und Grösse des Defectes verblasst und schwindet die Röthe dann in 1—20 Minuten. Reizung der Cornea oder Conjunctiva oder eine

Schmerzempfindung treten dabei nicht auf. Etwaige übergeflossene Lösung lässt sich von der Haut der Lider und Wangen leicht durch feuchte Watte entfernen. Die Rothfärbung durch Aescorcin hebt sich von dem farbigen Hintergrund der Iris so deutlich ab, dass auch die kleinsten Defecte sogleich scharf hervortreten. Etwas weniger scharf vielleicht im schwarzen Pupillargebiet. Doch kann man bei dieser centralen Färbung durch Wendungen des Bulbus leicht die Iris als Hintergrund einstellen. Auch Epithelverluste der Conjunctiva, z. B. bei Phlyctänen oder Kalkverbrennungen, heben sich durch Aescorcin deutlich ab. Nicht selten klagen die betroffenen Personen hinterher, dass sie Nasenbluten gehabt oder Blut gespuckt hätten, wenn etwas Aescorcin seinen Weg durch den Ductus naso-lacrymalis gefunden hat.

1038. ***Fall von Iristuberculose.*** *Demonstrirt von Dr.* ***Müller.*** *Aus d. Klinik des Prof. Fuchs. Sitzung d. kais. Gesellsch. d. Aerzte. 6. Mai 1892. (Wien. klin. Wochenschr. 1892. 24.)*

20jähriger Patient, hereditär belastet. Lues ist nicht vorausgegangen. In der linken Lungenspitze Zeichen von Infiltration. Der tuberculöse Herd sitzt innen in der Iris des rechten Auges. Insbesondere wird die Farbe des infectiösen Granuloms hervorgehoben, indem jedes einzelne miliare Knötchen, aus welchen der ganze Herd besteht, eine intensiv gelbe Farbe zeigt, während das Zwischengewebe zwischen den Knötchen deutlich roth ist in Folge der Vascularisation. Des weiteren wird zunächst auf den rechtsseitigen Sitz der Krankheit hingewiesen, indem statistisch nachgewiesen ist, dass das linke Auge relativ viel seltener erkrankt. Dies wird von jenen, welche die meisten tuberculösen Erkrankungen des Auges auf ectogene Infection zurückführen, auf den Gebrauch der rechten Hand zurückgeführt. Sodann wird noch der Sitz im unteren Theile der Iris hervorgehoben. Es ist fast Regel, dass die tuberculösen Herde sich zunächst in den unteren Theilen der Iris localisiren, ein sicheres Zeichen dafür, dass die Infection auf dem Wege der Lymphgefässe, in letzter Linie des Kammerwassers erfolgt. Im Kammerwasser senken sich die bacillenführenden Zellen in der Vorderkammer zu Boden, respective auf die unteren Iristheile. Würden die Bacillen durch die Blutgefässe in das Gewebe gelangen, wäre ein solcher constanter Sitz in den unteren Theilen nicht zu erklären. Ein zweiter Patient, den Verf. vorstellt, wurde von demselben bereits vor zwei Jahren vorgestellt. Damals litt Patient an Tuberculose der Sclera. Zu dem merkwürdigen Sitz kommt nun noch hinzu, dass der Process mit Bildung einer flachen Scleralnarbe vollständig ausgeheilt ist, so dass das Auge normal functionirt (Visus $^6/_6$).

Dermatologie und Syphilis.

1039. ***Dermatitis tuberosa, eine durch die Darreichung von Jodkalium verursachte Hautaffection.*** *Von Dr.* ***N. Walker,*** *Hamburg. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XIV. 7. — Therap. Monatsh. 1892. Sept.)*

Ein 41jähriger verheirateter Mann hatte wegen Trockenheit und Unbehagen im Halse (täglich bis zu 5 Grm.) Jodkalium ein-

genommen. Nach Besserung der Erscheinungen entstand 5 Tage später auf dem Nasenrücken ein kleines rothes Knötchen, welches sich trotz angewendeter Mittel und Steigerung der Jodkaliumgabe (auf 7 Grm.) vergrösserte. Nach 12 Tagen zeigte sich in der *Unna*'schen Klinik ein die untere Nasenhälfte einnehmender Tumor von dunkelgelblicher Farbe, granulirtem Aussehen, mit zerstreuten kleinen Oeffnungen von etwa 8 Mm. Höhe, weicher, schwammiger Beschaffenheit. Der Tumor war nicht druckempfindlich. Epitheliom, Syphilis, Mycosis fungoides waren auszuschliessen und Dermatitis medicamentosa wurde diagnosticirt. Nach Aussetzen des Jodkaliums blieb die Geschwulst ziemlich gleich. Sie wurde in Narcose mit Rasirmesser abgetragen, die stark blutende Schnittfläche mit dem *Paquelin*'schen Thermocauter, dann mit alkoholischer Pyoctaninlösung behandelt. Nach etwa 8 Tagen war nur noch eine centrale knotige Zone vorhanden, welche dann mit Carbolsäure vernichtet wurde. Nach 14 Tagen hatte die Nase wieder gesundes Aussehen. Bei mikroskopischer Untersuchung zeigte sich das Epithel in starkem activen Zustande der Proliferation mit zahlreichen Mitosen; im fibrösen Gewebe ist dieser Zustand ebenfalls, jedoch nicht in gleichem Grade erheblich vorhanden; das elastische Gewebe scheint sich nicht an der abnormen Thätigkeit betheiligt zu haben. Blutgefässe und Capillaren sind stark erweitert, das Bindegewebe ist ödematös, in demselben zahlreiche Mastzellen. Haarfollikel sehr gross, vielfach mit verhorntem Detritus erfüllt, stets von vermehrten Epithelmassen umgeben; in ihrer Nachbarschaft Ansammlungen von Leukocyten, an einzelnen Stellen vom Epithel eingeschlossen. An manchen Orten finden sich Durchschnitte von Talgdrüsenzellen von epithelialem Gewebe umgeben. Zum Schlusse sucht Verf. die Entstehung des Zustandes auseinanderzusetzen.

1040. ***Ueber Hämospermie nicht entzündlichen Ursprunges.*** *Von **R. Jamin**. (Annal. gén.-ur. 1891. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 822.)*

Nach Verf. kann Hämospermie durch Blutung in die Samenbläschen oder durch Prostatablutungen erfolgen. Im ersteren Falle wird das Sperma mehr gleichmässig mit Blut vermengt sein als im letzteren. Ursachen für das Zustandekommen der Hämospermie können Excesse in venere sein, ebenso wohl wie allzulange Enthaltsamkeit. Wenn in letzterem Falle plötzlich eine Entleerung der lang gestauten Samenflüssigkeit erfolgt, ist es sehr leicht möglich, dass es ähnlich, wie in einer distendirten und dann plötzlich evacuirten Blase eine Blutung a vacuo zu Stande kommt, zumal in solchen Fällen die Samenbläschen immer congestionirt sind. Diese Congestion an sich kann ebenfalls zu Zerreissung eines kleineren Gefässes führen und es sprechen Fälle, in denen rothbraunes Sperma entleert wird, für eine längere Zeit vor Ejaculation stattgefundene intravesicale Blutung. Congestion gegen die Beckenorgane kann an sich genügen, um Blutung in die Samenbläschen zu Stande zu bringen. Einzelne Beispiele dienen zur Erläuterung obiger Angaben. Nebenbei führt Verf. noch eine Theorie *Segalas'* und *Rebignet's* an, nach denen Concretionen in eingedicktem Sperma Verletzungen der Schleimhaut, der Ductus ejaculatorii zur Folge

haben. Nach *Hamonic* entstehen blutige Ejaculationen als supplementäre Hämorrhagien bei mit Hämorrhoiden behafteten Personen.

1041. ***Impetigo Bockhart, der durch Eitercoccen verursachte Oberhautabscess.*** *Von Dr.* ***Unna***, *Hamburg. (Berlin. Klinik. Heft 46. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 72.)*

Hebra hat bekanntlich die Existenz einer Impetigo im Sinne früherer Autoren nicht zugegeben, sondern die als solche bezeichneten Pustelausschläge seinem Eczem einverleibt. Dem gegenüber ist es vor einigen Jahren *Bockhart* (vergl. Deutsche Med.-Ztg. 1887, pag. 276) geglückt, durch Impfexperimente an sich selbst den Nachweis zu führen, dass es in der That eine selbstständige Pustelerkrankung der Haut gibt, welche durch den Staphylococcus pyogenes aureus und albus hervorgerufen wird. Von dieser *Bockhart*'schen Impetigo nun entwirft Verf. nach eigenen Erfahrungen folgendes Bild: Die Grösse der auf normaler Haut sitzenden, höchstens von einem schmalen, rothen Saume umgebenen Pusteln variirt bedeutend; meist sind sie pfefferkorn- bis linsengross und ihre Höhe pflegt etwa $^1/_2$—$^3/_4$ ihres Längsdurchmessers zu erreichen. Ihre Farbe ist im Beginn ein reines Schwefelgelb, welches sich bei längerem Bestande in Grüngelb umwandelt. Die lediglich aus Hornschicht bestehende, dünne Dicke der stets einkammerigen Pustel ist anfangs glatt und kugelig gewölbt, wird dann aber durch Abgabe von Wasser runzelig und abgeflacht, zeigt dagegen niemals eine Delle. Die einzelnen Efflorescenzen entwickeln sich schnell innerhalb 6—12 Stunden und bleiben dann mehrere Tage fast unverändert; sie platzen spontan nicht, sondern trocknen zu einer dicken Borke ein, die gewöhnlich bald abfällt, ohne eine Narbe zu hinterlassen. Da neue Pusteln immer nur durch Verimpfung von aussen entstehen, so ist ihre Vertheilung in der Zeit und über den Körper ganz von dem Modus der Infection und der Häufigkeit der Infectionsgelegenheit abhängig. Sie stehen fast immer zerstreut; unter einschnürenden und reibenden Kleidungsstücken, Pflastern, Salbenverbänden, Breiumschlägen kommen leicht herdförmige Localisationen zu Stande. — An Hohlhand, Fusssohle und Impetigines sehr selten; sie bilden hier grüngelbliche, flache Exfoliationsblasen, die oft weite Unterminirungen der Hornschicht hervorbringen. Am Kopfe kommen sie häufig vor, verkleben aber die Haare nicht so leicht, wie Eczeme oder sonstige borkige Affectionen. Subjective Empfindungen fehlen bei der Impetigo meist; nur die grösseren Efflorescenzen verursachen eine schmerzhafte Spannung. Histologisch stellt die Impetigopustel einen wahren Oberhautabscess vor und wird gebildet durch eine zwischen die Hornschicht und die ganz intacte Stachelschicht eingelagerte linsenförmige Eitermasse. Die Coccen finden sich vorwiegend zwischen Hornschicht und Eiter, viel spärlicher gewöhnlich in dem letzteren selbst, gar nicht in Stachelschicht oder Cutis. Sie erzeugen, wenn sie durch einen Spalt der basalen Hornschicht über diese gelangt sind, sofort einen Eitermantel um sich und umgeben sich mit einem Leukocytenwalle, der ihr weiteres Vordringen verhindert. Dass auch noch andere pyofore Mikroorganismen gleiche oder ähnliche Oberhautabscesse hervorbringen können, ist nicht unwahrscheinlich; für diesen Fall würde die beschriebene Krankheit genauer als Impetigo staphylogenes zu bezeichnen sein.

1042. ***Angeborener Verschluss der Urethra.*** *(Brit. med. Journ. 1891. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 828.)*

Campbell fand bei einem Kinde von 24 Stunden Alter eine vollständige Occlusion der Urethra. Das Orificium schien zuerst nur durch eine Lamelle verschlossen zu sein, aber nach einer Durchtrennung derselben fand sich kein Canal. Nach zweistündiger Arbeit mittelst spitziger und stumpfer Sonden, eines Stilets und Silbercatheters Nr. 1 gelang es unter Führung des Fingers eine künstliche Urethra bis an den Schambogen herzustellen, von da ab ward unter Leitung des in das Rectum eingeführten Fingers in die Blasengegend vorgestossen. Der sofort eingeführte Catheter brachte keinen Urin zu Tage. Nach 12 Stunden konnte der Patient spontan Wasser lassen. Drei Jahre später sah *Campbell* den Knaben wieder in vollster Gesundheit.

1043. ***Ein Fall von chronischem Hydrocephalus bei hereditärer Syphilis.*** *Von Dr.* **Julius Heller.** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 26. — Centralbl. f. Nervenhk. 1892. October.)*

Die syphilitische Natur des Hydrocephalus chronicus wird von vielen Aerzten direct verneint, von einigen bezweifelt und von wenigen nur als vorhanden angenommen. Wirkliche Belege für die syphilitische Aetiologie der genannten Krankheit hat Verf. nur in 16 Krankengeschichten gefunden, denen er eine eigene Beobachtung hinzufügt: Ein Kind von 7 Wochen bekommt eine Psoriasis palmaris et plantaris und einen Darmcatarrh, der den gewöhnlichen Mitteln nicht weicht. Auf Calomel und Sublimatbäder bessert sich jedoch schnell beides. Nach 6 Monaten entwickelt sich ein starker Hydrocephalus, der im Verlauf einer viermonatlichen Cur mit Jodkalium (1—2 : 120, — 3mal tägl. einen Kinderlöffel) sich um ein Bedeutendes bessert. Aus dem therapeutischen Erfolg der angewandten Mittel, dem Aussehen und dem Verlauf des Exanthems und der Thatsache, dass die Mutter des übrigens unehelichen Kindes früher einmal Jodkalium von ihrem Arzt erhalten hat, schliesst Verf. auf die syphilitische Natur des Hydrocephalus.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

1044. ***Klinische hämatologische Notizen.*** *Von* **Gabritschewsky.** *(Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. XXVIII. — Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 40.)*

Verf. bestätigt zunächst die von *Ehrlich* angegebene Thatsache, dass bei gewissen Krankheiten sich rothe Blutkörperchen finden, welche die Eigenschaft haben, sich mit Hämatoxylin und Methylenblau mehr oder weniger intensiv zu färben. Es stellte sich bei seinen, auf der *Naunyn*'schen Klinik angestellten Versuchen heraus, dass die mit Methylenblau sich färbenden rothen Blutzellen nur bei verschiedenen Anämien und Leukämien sich nachweisen lassen. Bei den schweren Formen von Anämie verschiedenen Ursprungs treten polychromatophile Erythrocyten (rothe Blutzellen, die sich durch Methylenblau und durch Eosin färben lassen) auf.

Dieselben sind meist grösser als normalerweise, gehören also zu den Megalocyten, die Methylenblaufärbung derselben ist stets diffus, und ihre Haltbarkeit scheint geringer als in der Norm zu sein. Im Gegensatz zu *Ehrlich* betrachtet Verf. den mitgetheilten krankhaften Zustand nicht als Aeusserung einer Coagulationsnecrose des Discoplasmas, sondern als eine Entwicklungshemmung der Blutzellen. Die Beobachtung von *Fr. Müller* und *Gollasch*, dass das Sputum der Asthmatiker fast ausschliesslich aus eosinophilen Zellen besteht, während sie besonders bei Phthisis pulmonum fehlen, veranlasste Verf., eine Untersuchung des Blutes von Asthmatikern auf eosinophile Zellen vorzunehmen. Es ergab sich hierbei, dass dieselben bei Asthma bronchiale erheblich vermehrt und ihre relative Menge beträchtlich grösser als bei Leukämie ist. In anderen Fällen dagegen, wo die asthmatischen Erscheinungen durch verschiedene Erkrankungen der Lunge oder des Herzens bedingt sind, konnte keine Vermehrung der eosinophilen Zellen constatirt werden.

1045. ***Ueber den Keimgehalt der Frauenmilch.*** *Von Dr.* ***Michael Cohn*** *und Dr.* ***H. Neumann.*** *(Virchow's Arch. Bd. CXXVI. 3. — Therap. Monatsh. 1892. Sept.)*

Entgegen der bisherigen Annahme, dass die Frauenmilch unter normalen Verhältnissen keimfrei sei, wurde durch die Untersuchungen der Verff. festgestellt, dass die (nach Reinigung der Warze) aus der gesunden Brust einer gesunden Frau entleerte Milch fast stets Keime enthält, und zwar ist der Keimgehalt umso grösser, je längere Zeit seit ihrer Bildung verstrichen und je näher der Warze die Milch entnommen ist. Die in ihr enthaltenen Keime sind also von aussen in die Brustdrüse eingewandert. Die bisherigen negativen Resultate beruhten darauf, dass zu geringe Mengen von Milch zur bacteriologischen Untersuchung verwandt wurden. Bei Erkrankungen der Stillenden, sowie bei länger stagnirender Milch (z. B. in Folge Abgewöhnens) steigt der Keimgehalt erheblich. Es handelt sich fast stets um Eitercoccen, seltener sind gleichzeitig andere Bacterienarten vorhanden.

1046. ***Klinische Beiträge zur Diagnose der Schwangerschaftsniere.*** *Von Dr.* ***Heinrich Fischer.*** *Vortrag im Verein deutsch. Aerzte zu Prag. 1892. März. (Wien. klin. Wochenschr. 1892. 40.)*

Ob die Stauung die einzige Ursache für die Schwangerschaftsniere sei oder ob noch andere Umstände mitwirken, könne nur dann entschieden werden, wenn neben genauen Untersuchungen des Harnsedimentes auch mehrfache Studien über Stoffwechsel während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes vorliegen werden. Der Verf. untersuchte nun das Harnsediment während der Gravidität und zwar mit Hilfe eines nach Angaben des Herrn Prof. *v. Jaksch* modificirten Centrifugalapparates, und berichtet jetzt über seine Harnuntersuchungen, die er bei 70 Fällen aus der zweiten Hälfte der Gravidität vorgenommen hatte. Dieselben wurden in möglichst frühen Stadien begonnen, alle vier Tage wiederholt und bis zum Verschwinden der Formelemente fortgesetzt. Die Resultate ergaben: 1. Ein constantes Vorkommen von Leukocyten, theils einzeln, theils in Cylinderform oder als Belag auf hyalinen und granulirten Cylindern in den

zwei letzten Lunarmonaten. Bei drei Erstgebärenden und einer Mehrgebärenden fehlten morphologische Elemente überhaupt. 2. Ein verhältnissmässig häufiges Auftreten von rothen Blutzellen, hyalinen, granulirten und epithelialen Cylindern und von Cylindroiden. Die rothen Blutkörperchen fanden sich 20mal bei Erst-, 11mal bei Mehrgeschwängerten, die granulirten Cylinder 9mal bei ersten, 14mal bei wiederholten Schwangerschaften. 3. Ein auffallend häufiges Vorkommen von Blasen- und Nierenbeckenepithelien, harnsauren Krystallen, reiner Harnsäure, Indigokrystallen, Sargdeckelformen und Fetttropfen. Verf. bespricht nun ausführlich diese Befunde und erklärt die sub 1 angeführten Formelemente als die constanten, die sub 2 angeführten als die abnormen Befunde.

Weitere Resultate, zu denen der Verfasser gelangt ist, ergeben ferner: 1. Die constanten Elemente nehmen in den letzten vier bis fünf Wochen der Schwangerschaft in auffallender Weise zu, während die Zunahme der abnormen Befunde hauptsächlich die letzten acht Tage betrifft. Bei Primiparen schiebt sich die Zunahme sowohl der constanten, als der abnormen Befunde auf eine spätere Zeit hinaus. 2. Grosse Früchte und enge Becken haben keinen Einfluss auf die Formelemente, weder qualitativ, noch quantitativ. 3. Bei Hydramnios fanden sich achtmal neben constanten auch abnorme, dreimal nur constante Bestandtheile. 4. Drei Zwillingsschwangerschaften zeigten der Gravidität entsprechend normale Verhältnisse. 5. Sobald die Frucht geboren war, verschwanden allmälig die Formelemente aus dem Harne und es vollzog sich dies unter normalen Verhältnissen vom 2. bis zum 10. Wochenbetttage. 6. Drei Frauen aus der ersten Hälfte der Schwangerschaft zeigten keinerlei Formelemente. 7. Fieberhafte Processe kurzer Dauer liessen eine Veränderung in den Formelementen nur insoweit beobachten, als rothe Blutzellen auftraten; bei längerer Dauer des fieberhaften Processes traten auch andere abnorme Elemente auf. 8. Die nach *v. Jaksch* angestellte Eiweissprobe ergab in der Hälfte der Fälle ein positives Resultat. In acht Fällen war es unmöglich, die Quantität nach *Brandberg* zu bestimmen.

Schlüsse, welche Verf. aus seinen Untersuchungen ziehen zu dürfen glaubte, waren folgende: 1. Die transitorische Leukocyturie, sowie das Auftreten von Leukocyten in Cylinderform oder als Belag auf Cylindern seien als Reizzustände der Nieren aufzufassen. 2. Weist das häufigere Auftreten von rothen Blutzellen (besonders jener, welche als Belag auf Cylindern oder als Blutschatten vorkommen) bei Erstgebärenden, von granulirten Cylindern bei Mehrgebärenden, bei jenen auf acute, bei diesen auf länger dauernde Nierenveränderungen hin. 3. Langandauernde fieberhafte Erkrankungen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes können den Reizzustand der Niere verschlimmern und in einen Entzündungszustand überführen. Die Diagnose der Schwangerschaftsniere und der Schwangerschaftsnephritis wäre folgendermassen präcisirt: Es handle sich um Schwangerschaftsniere in jenen Fällen, wo Formelemente in mässiger Menge während der letzten vier bis fünf Wochen der Schwangerschaft auftreten und wo sie bald nach der Geburt verschwinden. Zahlreiche Leuko-

cyten neben relativ kleinen Eiweissquantitäten bis 0·03 Procent, spärliche hyaline und granulirte Cylinder, spärliche rothe Blutzellen ändern die Diagnose nicht. Der Harn bei der Schwangerschaftsniere nimmt im Allgemeinen bald nach der Geburt seine normale Beschaffenheit wieder an. Für Schwangerschaftsnephritis spricht das Auftreten von Formelementen in einer früheren Periode der Gravidität, ebenso wie eine starke Zunahme der abnormen Formelemente während der letzten vier bis fünf Wochen der Schwangerschaft. Doch kann auch aus bisher unbekannten Gründen sich die Schwangerschaftsniere zur Schwangerschaftsnephritis steigern, und in ihren weiteren Consequenzen zur Urämie und Eclampsie führen.

1047. ***Ueber die Localisation der in die allgemeine Circulation eingeführten Substanzen.*** *Von Dr.* ***Verhoogen****, Brüssel. Vortrag am II. international. Congress f. Physiologie. Lüttich 1892. (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 79.)*

Der Verfasser untersuchte, ob die Substanzen, welche in den Organismus eingeführt werden, sich gleichmässig in alle Gewebe verbreiten. Bekanntlich häuft die Leber die Alkaloide des Blutes der Pfortader an und hält sie zurück. Verf. gab Hunden bedeutende Dosen Morphium (2 Grm. pro Kilo); durch künstliche Respiration kann man die Hunde dann mehrere Stunden am Leben erhalten. Verf. hat dann gefunden, dass die Leber und das Knochenmark die doppelt so grosse Menge Alkaloide enthalten, als Muskeln, Nervengewebe, Blut etc. Die Differenz zu Gunsten der Leber erreicht ihr Maximum ein bis zwei Stunden nach der Injection; das Alkaloid wird sofort durch den Urin eliminirt. Jodnatrium gibt analoge Resultate, aber ein grosser Theil bleibt im Blute und passirt rapide den Urin Um auf Lithium, welches Verf. in Form von Lithiumcarbonat $^1/_{500}$ verabreichte, zu untersuchen, benützte Verf. die Spectralanalyse. In 10 Minuten findet man das Lithium in allen Geweben, wenn man nur $^1/_2$ Mgrm. injicirt. Nimmt man die Dosis noch kleiner und wartet einige Zeit, so erhält man die charakteristischen Streifen des Spectrums nur aus der Leber.

1048. ***Ueber die Medianstellung des Stimmbandes bei Lähmung des N. recurrens.*** *Von* ***Mehring*** *und* ***Zuntz****. (Verhandl. der physiol. Gesellsch. in Berlin vom 19. Februar 1892. — Centralbl. f. Nervenhk. 1892. October.)*

Verff. bestreiten die von *Wagner* ausgesprochene Meinung über die Wirkung des M. crico-thyreoideus bei Recurrenslähmung. Sie geben zu, dass das nach Durchschneidung des Recurrens in Medianstellung verbleibende Stimmband nach weiterer Durchschneidung des N. laryngeus superior in Cadaverstellung übergeht. Dagegen beeinflusst weder directe, noch indirecte Reizung, noch totale Exstirpation des Musc. crico-thyreoid. den Stand des Stimmbandes in der nach *Wagner* anzunehmenden Weise. Der in neuerer Zeit von *Wagner* in den Vordergrund geschobene Antheil des Lig. triquetrum am Zustandekommen der Medianstellung des Stimmbandes ist völlig unverständlich und die dafür angestellten Versuche entbehren jeder Beweiskraft. Die motorischen Fasern des laryngeus sup. haben auf den Stand des Stimmbandes gar keinen Einfluss. Dagegen wirken die sensiblen Fasern des Laryng. superior

reflectorisch auf die Kehlkopfmuskeln der anderen noch motorisch innervirten Seite und auf die Constrictores pharyngis. Dem entsprechend wirkt Cocainisirung des Kehlkopfinnern ebenso wie Durchschneidung des Nerv. laryngeus superior. Das gelähmte Stimmband tritt nach Cocainisirung sofort in die Cadaverstellung, um nach Ablauf der Cocainwirkung wieder in seine ursprüngliche Medianstellung zurückzukehren. So ist es auch wohl zu erklären, warum bei tiefer Morphinisirung nach Durchschneidung des Recurrens das betreffende Stimmband sofort in Cadaverstellung tritt und die Durchschneidung der sensiblen Aeste des N. laryngeus superior denselben Effect hat, wie die Trennung des ganzen Nerven. Der spontane Uebergang der Medianstellung in Cadaverstellung im Laufe von 3—6 Tagen nach Durchschneidung des Recurrens dürfte auf einer allmäligen Gewöhnung an die abnormen Sensationen, welche die Stimmbandstellung erzeugt, zurückzuführen sein und auf einem damit gegebenen Nachlass der eine Correction erstrebenden motorischen Impulse beruhen.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

1049. ***Todesfall durch Berührung einer elektrischen Leitung.*** *Bericht der k. k. Gewerbe-Inspectoren. Wien 1892, k. k. Hof- und Staatsdruckerei.*

Von allgemeinem Interesse dürfte folgender in einem Brauhause durch Elektricität veranlasster Unfall sein. Der Verunglückte war in den Kellern mit Zerschlagen des Eises beschäftigt gewesen und benützte die Jausenpause, um sich auf einen innerhalb des Brauhausrayons gelegenen Theil der alten Stadtbefestigung an einer Stelle, wo die Basteimauer scharf gegen die tiefer gelegene Promenade abfällt, auszuruhen. An dieser Stelle, und zwar blos 0·6 Meter unter der Mauerkante, laufen die blanken, also nicht isolirten Drähte einer elektrischen Kraftübertragungsanlage vorbei. Ein zufälliger oder unüberlegt gethaner Griff nach einem der Drähte hatte den sofortigen Tod des Mannes zur Folge. Diese gewaltige Wirkung des elektrischen Stromes wird erklärlich durch folgende Umstände: Der durch den Draht geleitete Strom war ein Wechselstrom von 2000 Volts Spannung, da der Mann auf dem Bauche lag, war eine grosse Berührungsfläche zwischen seinem Körper und der Erde hergestellt, und die durch das Eishaken völlig durchnässten Kleidungsstücke bildeten einen guten Stromleiter, so dass bei der Berührung des Drahtes sofort wohl der grösste Theil des hochgespannten Stromes durch den ihm weniger Widerstand als der schwache Leitungsdraht bietenden menschlichen Körper in die Erde geleitet wurde. An der Stelle, wo der Leichnam lag, konnte man ganz deutlich drei geschwärzte Brandflecken auf dem Gesteine erkennen, welche den Auflagepunkten der rechten Achselhöhle (an der Mauerkante), des linken Ellbogens und des linken Knies entsprachen. Die Kleidungsstücke des Verunglückten zeigten denn auch an diesen Stellen in Umkreisen von 5—8 Cm. siebartige Durchlöcherungen, deren einzelne Oeffnungen von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu der eines halben

Kreuzerstückes variirten. Die Ränder derselben waren zackig und braunschwarz verkohlt. Der Körper des Verunglückten war im Gesichte, am Halse, am oberen Theil der Brust, dann an beiden Armen und längs des ganzen Rückens dunkelviolett marmorirt und zeigte an den Austrittsstellen des elektrischen Stromes eine theils braunrothe, vertrocknete, wie verkohlte. theils aber marmorweisse Haut. Wie in Erfahrung gebracht wurde, sollen auffallender Weise Ausbesserungen an den Isolatoren und Drähten von Arbeitern vorgenommen worden seien, ohne dass die Erzeugungsmaschine des elektrischen Wechselstromes abgestellt oder die Leitung irgendwie unterbrochen worden wäre, und dass sich diese Arbeiter behufs Isolirung einfach auf wollene Lappen gestellt hätten. Unter allen Umständen wäre der besprochene Unfall unterblieben, wenn als Leitung des hochgespannten Stromes an dieser von Personen erreichbaren Stelle gut isolirte, anstatt blanke Drähte verwendet oder aber die Leitungsdrähte so tief unterhalb der Mauerkante geführt worden wären, dass sie mit den Händen nicht erreichbar waren. Dr. *E. Lewy.*

1050. ***Ueber die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Anwendung des Chloroforms und anderer Inhalationsanästhetica.*** *Von Dr.* **Passet.** *(München. med. Wochenschr. 1892. 32.)*

Nach einem Ueberblick über die üblen Zufälle, welche bei Inhalationsnarcose vorkommen können, sowie über die Ursachen des Chloroformtodes wendet sich Verf. zu der Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Arztes für den unglücklichen Verlauf der von ihm geleiteten Narcose. Auch den erfahrensten und aufmerksamsten Aerzten sind Narcotisirte unter den Händen gestorben, ohne dass der geringste Verstoss gegen die bewährten Regeln vorgefallen war, und ohne dass man sich im Geringsten über die Ursache des Unglücksfalles Rechenschaft zu geben vermochte. Daraus folgt, dass man nicht ohne weiteres bei jedem Chloroformtod (respective Aethertod) eine strafrechtliche Verantwortung des Arztes nachweisen kann. Die Beurtheilung im einzelnen Falle wird stets eine sehr schwierige sein. Nur dann wird von einer fahrlässigen Tödtung im Sinne des Strafgesetzes die Rede sein können, wenn eines der Cautelen ausser Acht gelassen worden ist, welche nach dem Stande der Wissenschaft für die Durchführung einer Narcose unerlässlich sind. Verf. formulirt die Cautelen, deren Verletzung nach seiner Ansicht im Falle eines üblen Ausganges den Arzt strafrechtlich verantwortlich machen, in folgender Weise: 1. Vor jeder Narcose nehme man eine genaue Untersuchung des Patienten und besonders seiner Circulations- und Respirationsorgane vor. 2. Man lasse das Chloroform nur gehörig mit Luft vermischt inhaliren. 3. Man sistire die Inhalation des Anästheticums beim Eintritt der Intoleranz oder von Störungen der Respiration und Circulation. 4. Man beobachte unausgesetzt die Circulation und Respiration während der Narcose und wende bei Störungen dieser Function mit Besonnenheit und Energie die zweckmässigsten Mittel an. Bei eintretenden Todeserscheinungen höre man nicht zu früh mit der künstlichen Respiration und anderen Wiederbelebungsversuchen auf. 5. Man verabreiche während der

Magenverdauung in der Regel weder Chloroform, noch Aether und entferne beengende Kleidung und falsches Gebiss vor der Narcose. 6. Man verwende kein Anästheticum, von welchem man weiss oder nach grober Untersuchung wissen könnte, dass es verunreinigt ist. Alles, was über diese angegebenen Punkte hinausgeht, lässt sich dem Arzte entweder nicht bindend vorschreiben oder es entzieht sich dem Bereiche seines Könnens. Die Frage, ob der Operateur oder Narcotiseur oder beide getheilt die Verantwortung für die Narcose übernehmen, möchte der Verf. dahin entscheiden, dass, falls der Narcotiseur ein Arzt ist, dieser die Verantwortung allein übernimmt; leitet ein nicht approbirter Mediciner (Assistent, Amanuensis etc.) die Narcose, so theilt der Operateur mit diesem die Verantwortung; fordert es die Noth, die Narcose einem medicinisch nicht Gebildeten zu überlassen (Bade-, Krankenwärter etc.), so übernimmt der Operateur allein die Verantwortung.

1051. ***Verfälschung von Honig- (Pfeffer-) Kuchen durch Zusatz von Zinnsalz.*** *(Semaine méd. 1892. 20. Juli. — Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. Bd. IV, Supplementh., pag. 79.)*

Seit etwa einem Jahre nämlich kommt von Belgien eine Art Honigkuchen in den Handel, deren Teig eine gewisse Menge Zinnchlorür in der Absicht zugesetzt ist, minderwerthiges Mehl verwenden und den Honig durch Melasse ersetzen zu können. Durch diesen Vorgang erzielt man ein Product von oft besserem Aussehen als das des tadellosen Honigkuchens. Der Gesundheitsrath von Paris liess verschiedene, auch aus Liller Fabriken herrührende Proben des fraglichen Honigkuchens chemisch untersuchen und stellte fest, dass die bei der besagten Fabrication verbrauchte Zinnchlorürmenge zwischen 0·5 und 1·0 auf 100 Grm. Kuchen schwankte. Das Stannum chloratum ist ein sehr giftiges Salz, welches je nach der eingeführten Menge mehr weniger schwere Symptome verursacht, welche grosse Aehnlichkeit mit der Sublimatvergiftung haben. Es handelt sich also um die Einführung einer sehr gefährlichen Substanz in den laufenden Consum. Das Fälschungsverfahren ist anscheinend neu. Schwefelsaures Kupfer, Zinkvitriol, Alaun, Kalksalze werden verdorbenem Mehl zugesetzt, um es ansehnlicher und besser aufgehen zu machen. Ein Zusatz von Zinnsalzen war bisher noch nicht bekannt. Bezüglich der giftigen Wirkung ist besonders auf die bei wiederholtem Genuss entstehende Cumulirung der ersteren Werth zu legen.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

1052. *Gutachten über die Lebensdauer der Glasbläser.*

Von Dr. ***E. Lewy,*** *Docent für Berufskrankheiten der Arbeiter.*

(Original-Mittheilung.)

Die Glasbläser, die sich selbst „Glasmacher“ nennen, bilden eine Gruppe der Glasfabriksarbeiter, bei welchen zumeist das Familienoberhaupt als „Meister“ Inhaber der Werkstätte ist und bei der Arbeit von seinen Kindern, die früher vom sechsten Lebens-

jahre, jetzt in Oesterreich vom vierzehnten an, allmälig von den leichteren zu den schwereren Verrichtungen herangezogen und gebildet werden, unterstützt wird. Die ledigen Arbeiter sind meist nur Gehilfen und heiraten gewöhnlich frühzeitig, da sie an ihren Familienmitgliedern billige und willige Arbeitskräfte finden. Die schwere Arbeit des Glasbläsers erfordert eine nahrhafte Kost, und die stete Beschäftigung bei dem Ofen, wo die Temperatur noch in einer Entfernung von 2 Meter an 45° C. beträgt, den Consum von ziemlich viel Bier. Beides gönnt sich der Arbeiter, da er nebst freier Wohnung, zu der mitunter ein Gemüsegarten gehört, monatlich 70—80 fl. verdient. Branntwein (Schnaps) bei der Arbeit zu trinken, ist bei Entlassung verboten und wird auch in den Fabrikscantinen Branntwein nicht verabreicht. Die Arbeitszeit dauert bei der noch meist üblichen Hafenarbeit, bei der Erzeugung grosser Objecte 12, bei der Fabrication kleinerer bis 14 Stunden, mit einer Pause von 1 Stunde zum Essen. Ist der Hafen leer, so tritt eine Schmelzpause von 13—15 Stunden ein. Der Beginn der Arbeit und dementsprechend die Dauer derselben entfallen demnach auf die verschiedensten Tages- und Nachtstunden.

Nach $1^1/_2$—2 Jahren pflegt der Ofen schadhaft zu sein, und wird bei 4—6 Wochen gefeiert, bis der neue Ofen in betriebsfähigem Zustande hergestellt ist. Bei den neuartigen Wannenöfen ist eine regelmässige Schichtarbeit von circa 10stündiger Dauer.

Wenn man die Arbeitsweise der Glasbläser vom theoretischen Standpunkte aus betrachtet, sollte man sie für eine sehr gefährliche und äusserst gesundheitsschädliche halten.

In diesem Sinne wird sie auch von den meisten Schriftstellern, welche sich mit dem Studium der Arbeiterkrankheiten befasst haben, geschildert. So erklärt *Popper* (Lehrbuch der Arbeiterkrankheiten, 1862): „Die mit Kraft ausgeführte Ausathmung, die sich viele Male im Tage wiederholt, bewirkt Blutandrang gegen den Kopf und mit der Zeit auch eine Veränderung der Lunge, eine Ausdehnung derselben bei nachlassender Elasticität. Dieses „Lungenemphysem“ und seine Folgen, z. B. Kurzathmigkeit und hartnäckiger, anstrengender Husten, werden bei alten Glasbläsern überaus häufig angetroffen. Ebenso ist das sogenannte Schwingen, das pendelartige Hin- und Herbewegen beim Blasen von Walzenglas eine sehr anstrengende Beschäftigung. Zu erwähnen ist ferner, dass bei Glasbläsern neben unschuldigen und ziemlich bedeutungslosen Geschwüren an den Lippen und im Munde, die vom Drucke des Blasrohres herrühren, auch ansteckende (syphilitische) Geschwüre vorkommen können, welche auf Ansteckung durch Mitarbeiter zurückzuführen sind. Hierzu kommen noch die strahlende Hitze, durch welche profuser Schweiss hervorgerufen wird, der, da die Arbeitsräume luftig sind, zu Rheumatismen, und der grelle Feuerschein, welcher Augenleiden, insbesondere grauen Staar, erzeugen soll.“

Etwas günstiger spricht sich *Hirt* aus: „Die Staubinhalations-Krankheiten.“ Breslau 1871, pag. 246 u. a. a. O. Dieser Forscher, einer der bedeutendsten auf dem Gebiete der Berufskrankheiten, erklärt, nachdem er die Gefahren, welche die Gesundheit der Glas-

stampfer und -schleifer bedrohen, geschildert hat: „Im Vergleiche zu den bisher besprochenen schädlichen Einflüssen der Glasfabrikation sind die in der Hütte herrschende hohe Temperatur, der Temperaturwechsel, das grelle Licht von erheblich geringerem Einflusse auf die Gesundheit, als das Sitzen und der Staub der Glasschleifer. Dies erkennt man zweifellos aus dem bedeutend besseren Gesundheitszustande, welcher unter den in der Hütte beschäftigten Arbeitern herrscht. Zu bemerken wäre etwa noch, dass die Glasbläser, welche durch die sogenannte Pfeife der Masse durch Blasen die Form geben, in Folge dieser Arbeit öfter an Emphysem leiden; die Alveolen (der oberen Lappen) werden während der forcirten Exspirationen mit verengter Glottis über die Norm erweitert. Der Procentsatz für das Emphysem unter den Bläsern liess sich nicht genau ermitteln. Ueber Sterblichkeit und durchschnittliche Lebensdauer ist nichts Besonderes zu erwähnen." Verf. hat mehrere Glashütten besichtigt und sich über den Gesundheitszustand der Arbeiter daselbst unterrichtet; ferner wurden ihm von unbetheiligter Seite die Daten über andere Glasfabriken zur Verfügung gestellt.

Es ergab sich, dass, wie schon erwähnt wurde, die Kinder früher vom 6., jetzt vom 14 Lebensjahre zur Glasarbeit herangezogen werden. Die Schwächlichen und Kränklichen erliegen frühzeitig den nicht unbedeutenden Strapazen oder wenden sich anderen Berufszweigen zu, und nur die Stärksten und Gesündesten bleiben bei dem Geschäfte des Glasbläsers (Glasmachers), und von diesen wieder gelangen nur die nüchternen, verlässlichen Elemente als Meister in den Besitz der Werkstätte. Diese sind dann, wenn auch ein Theil von ihnen mit Lungenemphysem behaftet ist, das übrigens auf die Lebensdauer einen geringen Einfluss ausübt, sehr zähe und widerstandsfähig.

In einer Fabrik Mährens waren die meisten der Arbeiter schon über 20 Jahre beschäftigt, manche Familienoberhäupter standen noch im Alter von 70 Jahren in Arbeit, und fand man Pensionisten, die dem 80. Lebensjahre nahestehen. Im Laufe der letzten 20 Jahre sind daselbst von etwa 40 Glasbläsern nur 3 gestorben. Es lässt sich daher die Thatsache feststellen, dass die Arbeit des Glasbläsers auf die Lebensdauer einen ungünstigen Einfluss nicht ausübt.

Genaue Mortalitätsziffern anzugeben ist unmöglich, weil auf den Todtenscheinen alle in Glashütten Beschäftigten als „Glasarbeiter" und nicht nach den Berufszweigen geordnet aufgeführt werden. Bei den Stampfern, Schmelzern und Schleifern ist aber die Arbeitsweise eine mehr gesundheitsschädliche, und ihre Lebensdauer eine entsprechend kürzere als bei den Glasbläsern.

Literatur.

1053. ***Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten*** *in Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende. Von Dr.* ***Moriz Kaposi,*** *a. ö. Prof. für Dermatologie und Syphilis und Vorstand der Klinik und Abtheilung für Hautkrankheiten an der Wiener Universität. Vierte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit zahlreichen, theilweise farbigen Holzschnitten. Erste Hälfte. Wien und Leipzig 1893, Urban & Schwarzenberg.*

Es liegt die erste Hälfte der vierten Auflage der Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten des hervorragenden Dermatologen vor. Auch diesmal finden wir jene Rücksichtnahme auf alle Errungenschaften der Anatomie und Physiologie, sowie der experimentellen Pathologie in ihrer Beziehung zur Entstehung der Hautkrankheiten, welche dem Werke seinen Platz in der Literatur sichert. Es scheint uns beinahe überflüssig hervorzuheben, dass auch diesmal die neueren Arzneimittel und zahlreichen neuerlich empfohlenen Applicationsformen älterer dermo-therapeutischer Agentien eine eingehende Berücksichtigung finden und zumeist auf Grundlage eigener Controlbeobachtungen in Bezug auf ihre Brauchbarkeit geschildert werden; ist es doch allgemein bekannt, dass Verf. das grosse klinische Material, das ihm zu Gebote steht, schon seit Jahren in wissenschaftlicher Beziehung durch eigene und seiner Schüler Arbeit sorgfältig zu verwerthen gewohnt ist. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche. *—jm.*

1054. ***Arznei-Verordnungslehre*** *für Aerzte und Studirende der Medicin. Von Dr.* ***Heinrich Paschkis,*** *Docent an der k. k. Universität in Wien. Wien 1892. Alfred Hölder. 8°. 240 S.*

Für jene Aerzte, welche das Streben haben, den ganzen Arzneischatz bei ihren Kranken zu verwerthen und sich nicht damit begnügen, ihr therapeutisches Können mit einem Dutzend Receptformeln zum Ausdruck zu bringen, ist die Arznei-Verordnungslehre ein nothwendiger Behelf, der, mit richtiger Fachkenntniss angewendet, zu den Erfolgen ärztlicher Praxis gewiss Vieles beiträgt. Das vorliegende kurze Lehrbuch zeigt uns den Verfasser als einen Lehrer, der den von ihm behandelten Gegenstand vollkommen beherrscht, der überdies bestrebt ist, stets den Bedürfnissen der ärztlichen Praxis Rechnung zu tragen. Demgemäss müssen wir dem Werke nicht nur das Zeugniss geben, dass es seine Aufgabe gewissenhaft erschöpft, sondern, dass es sich auch sehr gut liest und in dem Leser nirgends das Gefühl einer zwecklosen Pedanterie aufkommen lässt, indem die geschilderten Arzneiformen stets als durch den Inhalt, den Zweck und die äusseren Verhältnisse der Medication nothwendig bedingt, dargestellt werden. *—sch.*

1055. ***Mittheilungen über die Erblichkeit und Infectiosität der Schwindsucht.*** *Von Dr.* ***A. Riffel,*** *prakt. Arzt, Privatdocent der Gesundheitspflege an der technischen Hochschule in Karlsruhe. Mit einem Ortsplan. Braunschweig 1892 Harald Bruhn. 8°. VIII und 183 S.*

Verf. legt uns eine von ihm selbst mit grosser Sorgfalt ausgeführte statistische Arbeit vor, welche dazu bestimmt ist, zur Lösung der Frage beizutragen, ob die Schwindsucht eine rein erbliche oder eine rein ansteckende ist, oder ob es sich bei ihr ähnlich wie bei der Syphilis verhält. Verf. zählt nun sämmtliche Familien eines Ortes von jetzt 1200 Einwohnern (Huttenheim am Rhein), wie sie in den letzten 200 Jahren nach

und neben einander gelebt haben, beziehungsweise zur Zeit leben, auf und weist nach, wie die Schwindsucht in einzelnen Familien fortdauert und durch verwandtschaftliche Beziehungen in andere übergreift. Er behandelt eben sämmtliche Familien des Ortes, um dem etwaigen Vorwurfe zu entgehen, als hätte er nur diejenigen schwer belasteten Familien ausgewählt, welche zur Stütze seiner Ansicht, dass die Schwindsucht eine rein erbliche Krankheit sei, dienen könnten. Am Schluss der tabellarischen Darstellung geht Verf. auf einzelne, besonders schwer von Schwindsucht heimgesuchte Familien ein. Verf., der eine ähnliche Arbeit schon früher ausführte, deren Methode bei der herrschenden Richtung der Infectionslehre von der Kritik nicht als stichhältig befunden wurde, lässt sich in seiner Ueberzeugung nicht abhalten, dass für die hier behandelte Frage eine Methode, welche darauf ausgeht, kleinere Orte mit vorzugsweiser stabiler Bevölkerung nach allen Seiten zu durchforschen, eine empfehlenswerthe sei. Wir empfehlen daher die vorliegende Arbeit des Verf. allen denjenigen, die den Ehrgeiz haben, in grossen Fragen ihres Faches ihrem eigenen Urtheile zu folgen und die es daher nicht versäumen dürfen, auch die Altera pars zu hören. — Wir fügen noch einige wichtige Sätze aus den Schlussfolgerungen des Verf. hier an: *a)* Wo die Schwindsucht einmal in der Familie aufgetreten ist, pflanzt sie sich in der Regel auch fort, tritt bald stärker, bald schwächer auf, einzelne Individuen, zuweilen ganze Generationen verschonend und wird von diesen Familien durch Heiraten auch auf andere übertragen. *b)* Bei schwindsüchtigen Familien ist mit wenigen Ausnahmen die Kindersterblichkeit schon eine sehr grosse. *c)* Bei Familien, wo beide Eltern erblich belastet sind, ist die Sterblichkeit in weitaus den meisten Fällen grösser als in solchen, wo nur eines der Eltern belastet ist. *d)* Eine Uebertragung der Schwindsucht von Ehegatten auf Ehegatten, überhaupt von Person zu Person oder durch Wohnungen, Mobilien und Nahrungsmittel scheint nach den zahlreich vorliegenden Thatsachen nicht stattzufinden. *e)* Die Schwindsuchtsfälle in den einzelnen Familien liegen in der Regel 5, 10, 20, 30 und mehr Jahre auseinander. —*r.*

1056. ***Die Krankheiten der Frauen.*** *Aerzten und Studirenden geschildert von Dr.* ***Heinrich Fritsch,*** *a. ö. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie, Geheimer Medicinalrath und Director der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau. Fünfte, völlig umgearbeitete Auflage. Mit 216 Abbildungen in Holzschnitt. Berlin 1892, Verlag von Friedrich Wreden.*

Mit vollstem Rechte ist dieses Werk des Breslauer Gynäkologen *Fritsch* ein Prädilectionslehrbuch der Frauenkrankheiten für den praktischen Arzt geworden. Die grosse Erfahrung des Verfassers, seine glänzende Darstellung, welche Gründlichkeit mit Kürze in seltener Weise zu vereinen versteht, die hervorragende Berücksichtigung des praktischen Bedürfnisses sichern dem Buche diesen Ehrenrang in der ärztlichen Bibliothek. Der Erfolg, welcher in verhältnissmässig kurzer Zeit eine fünfte Auflage nöthig machte, hat aber den Autor nur angespornt, noch manche ganz wesentliche Umänderungen vorzunehmen, sowohl in der Anordnung der anatomischen Beschreibung, in der Erweiterung der pathologisch-anatomischen Schilderungen, wie in der ausgedehnteren Berücksichtigung des Operativen bei der gynäkologischen Therapie und schliesslich in der Zusammenstellung der Literaturangaben. Sonst sind die von mir bereits bei Besprechung früherer Auflagen hervorgehobenen Vorzüge dieselben

geblieben. Die äussere Ausstattung des Buches ist eine wahre Wohlthat für das Auge der Leser, welches durch die zahlreichen trefflich ausgeführten Holzschnitte erfreut wird — ein Verdienst, an dem Herr Docent *Pfannenstiel*, nach dessen Präparaten und unter dessen Leitung die Holzschnitte gezeichnet sind, wesentlichen Antheil hat. *Prof. Kisch.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

1057. ***Ueber Dentitionsfieber und seine Behandlung.*** *Von Dr.* ***Hermann Müller*** *in Zürich. Nach dem Vortrage, gehalten in der ärztl. Gesellschaft zu Zürich. 1892. 5. März. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1892. 20.)*

Der Vortragende bekämpft die Behauptung von *Kassowitz*, dahin gehend, dass ihn systematische Temperaturmessungen darüber belehrt haben, die Existenz eines Dentitionsfiebers verneinen zu dürfen. Es kommt nämlich *Müller* auf Grund von Beobachtungen an einem grossen poliklinischen Materiale, in der eigenen Familie und in der Privatpraxis und in Folge der in mehreren Fällen von schmerzhaftem Zahnen aufgenommenen Temperaturbefunde zu der Ueberzeugung, dass es ein Dentitionsfieber gibt. Der Vortragende gelangt zum Schlusse:

Fast immer bleibt die Diagnose „Dentitionsfieber“ nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, ganz besonders bei den ersten Untersuchungen, und oft kann sie erst nachträglich ex juvantibus ganz sicher gestellt werden. Ich könnte auch nicht mit der Festigkeit auf der Existenz eines Dentitionsfiebers beharren, wenn nicht die Behandlung, welche vom Standpunkte der Theorie von der Entstehung der Dentitionsbeschwerden eine im höchsten Grade rationelle und nothwendig vorgezeichnete genannt werden muss, die Scarification des Zahnfleisches die Probe auf das Exempel geliefert hätte. Mit der Sicherheit eines Experimentes ist durch zwei Fälle klargelegt, dass der Druck des hervorbrechenden Zahnes auf das gefäss- und nervenreiche Zahnfleisch im Stande ist, auf reflectorischem Wege schwere Krankheitserscheinungen, hohes Fieber hervorzurufen. Durch diese einwurfsfreien Beobachtungen ist nun aber das wirkliche Vorkommen von Zahnbeschwerden im Principe festgestellt und die ganze stolze Lehre von *Kassowitz* ist in ihren Fundamenten gewaltig erschüttert. — Am allerwenigsten kann mit Schlagwörtern und hohlen Phrasen die Frage der Dentition gelöst und abgefertigt werden, und wenn wir noch in einer der allerletzten Nummern des „Kinderarztes“ mit Emphase ausrufen hören: „Wo bleibt die Weisheit der Natur, wenn die normale Entwicklung der Zähne so viele Gefahren für die kindliche Gesundheit mit sich bringt,“ so müssen wir auf eine derartige billige Beweisführung erstaunt erwidern: wo bleibt die Weisheit der Natur bei den hundertfachen Störungen der Menstruation, wo bei den Tausenden von schweren Geburten, wo ist die Weisheit der Natur bei der Schöpfung des wurmförmigen Fortsatzes?

Was den Charakter des Zahnfiebers anbelangt, so geht aus den wenigen mitgetheilten Beobachtungen und namentlich aus den beiden Curven, welche ich Ihnen vorgelegt habe, vor Allem hervor, dass das Fieber selbst eine beträchtliche Höhe (bis 40·8°) erreichen und mehrere Tage continuirlich sein kann. Es ist deshalb ganz unrichtig, wenn selbst eifrige Verfechter der Lehre von den Dentitionskrankheiten behaupten,

dass ein anhaltendes Fieber nie ein Zahnfieber sei. Wiederholt habe ich auch remittirendes Fieber gesehen und gelegentlich die Beobachtung gemacht, dass starke Remissionen mit dem spontanen Durchschneiden einzelner Zähne zusammenfallen. — Fast noch leidenschaftlicher als die Lehre von den Dentitionsbeschwerden wird von den Gegnern die seit Langem geübte Behandlung befehdet; alle an Eifer übertrifft aber auch hier *Kassowitz.* In schärfster Weise verurtheilt er den groben Unfug der Scarification, welche noch bis in die Mitte unseres Jahrhunderts — horribile dictu — „ihre blutigen Orgien feierte“ und die leider jetzt noch nicht in allen Ländern verlassen und verpönt sei. Er hofft zuversichtlich, dass das „unheimliche Gespenst für immer verschwinden werde“; allerdings ohne je einmal — wie wenigstens aus seinem Buche hervorzugehen scheint — die Methode versucht und geprüft zu haben, wozu ihm natürlich auch die Veranlassung fehlte. — In den deutsch sprechenden Ländern ist die Scarification ganz besonders durch die sehr verbreiteten Lehrbücher von *Henoch, Vogel, Bohn (Gerhardt'*sches Sammelwerk), *Biedert* — alle principielle Anhänger der Dentitionslehre — in Misscredit gerathen, die alle den Eingriff als nutzlos hinstellen, und zwar merkwürdigerweise zum Theil nach zahlreichen Versuchen *(Henoch).* Unter solchen Umständen ist man fast gezwungen, mit seiner wahren Meinung zurückzuhalten, und dennoch kann ich Ihnen nach meinen schon durch viele Jahre fortgesetzten Erfahrungen aus vollster Ueberzeugung den einfachen, unschuldigen Eingriff der Scarification des Zahnfleisches als ein Mittel empfehlen, mit dem Sie allerdings nie ein Leben retten, aber dem Kinde und der Mutter oft einen wohl annehmbaren und wesentlichen Dienst erweisen können.

Da Sie nun aber in keinem einzigen der neueren Lehrbücher etwas finden können über die Art und Weise, wie die Scarification leicht, absolut gefahrlos, und mit dem sicheren Erfolge der beabsichtigten Entspannung des Zahnes ausgeführt werden kann, so erlaube ich mir Ihnen noch mit wenigen Worten die Methode zu schildern, welche ich als genügend und einfach erprobt habe. — Während ein Assistent, respective die Mutter, durch kräftigen Zug an den Armen die Schultern des Kindes und durch Ueberlehnen mit ihrem Rumpfe die Beine fixirt und nöthigenfalls noch eine zweite Person den Kopf festhält, führe ich den Zeigefinger der linken Hand zwischen die Kiefer und schiebe gleichzeitig die Zunge etwas zur Seite. Mit einem flach aufgelegten Scalpelle hebe ich dann entweder das Häubchen, das über den Höckern, der Spitze oder der Schneide des Zahnes durch sein blasseres Aussehen sich deutlich markirt, ab, oder ich mache kleine, parallel und kreuzweise verlaufende Schnittchen, nicht selten einzelne Schnittchen so führend, dass ich das Messer mit dem Rücken auf dem Zahn aufsetze und das gespannte Zahnfleisch gleichsam schlitze. Wenn auf diese Weise ein kleines Schleimhautstückchen über dem zu erwartenden Zahne excidirt wird, so ist es leicht zu verhüten, dass die Scarificationen wieder vernarben und der Gaumen dadurch noch härter gemacht wird — ein Vorwurf, der von *Henoch* und Anderen der Methode nachgesprochen wird. So ist es mir jedenfalls nur äusserst selten — an einen bestimmten Fall kann ich mich überhaupt nicht erinnern — passirt, dass der scarificirte Zahn nicht bleibend sichtbar wurde — mit der Schneide, der stumpfkeilförmigen Spitze oder mit kleinen Höckern. Um die Vernarbung zu verhüten und die Gefahren einer Infection, welche bei säuberlicher und einfacher Ausführung des kleinen Eingriffes gewiss äusserst geringe sind, zu vermeiden, empfehle ich den Müttern manchmal,

ganz saubere, in schwache Carbollösung getauchte Läppchen über den Finger zu stülpen und damit die scarificirten Stellen zu reinigen, mehrmals täglich. Der Blutverlust ist immer ein höchst geringer, und der Erfolg darum keinesfalls, wie Einzelne glauben machen wollten, auf eine locale Blutentziehung zurückzuführen. 5—10 Tropfen mögen an einem scarificirten Zahn verloren gehen; noch gar nie habe ich gesehen, dass das verlorene Blut einen Fingerhut voll betrug oder dass ein Zahnfleischschnitt nachblutete. Wenn Sie sich zu allem Ueberfluss noch vergewissern, dass Sie keinen Bluter vor sich haben, dann werden Sie nie ein Kind in die Gefahr der Verblutung bringen, was in früheren Zeiten, wo in ganz unvernünftiger Weise lange und tiefe Incisionen längs dem ganzen Kiefer gemacht wurden, wiederholt passirt sein soll. — Ich selbst habe noch nie die mindeste Unannehmlichkeit beobachtet, und bin ganz sicher, noch nie einem Kinde damit geschadet, aber oft wesentlich genützt zu haben. Die kleine Operation gehört auch gar nicht etwa zu den alltäglichen; nur wenn die Diagnose: Dentitio difficilis recht wahrscheinlich ist und unverkennbare Zeichen des nahe bevorstehenden Durchschneidens eines oder mehrerer Zähne vorhanden sind, tritt die Aufforderung an uns heran, das Durchbrechen des Zahnes zu erleichtern, den Zahn zu entbinden.

Kleine Mittheilungen.

1058. ***Zur Behandlung des Asthma.*** Dr. *Aulde*, Philadelphia, will bei den verschiedenen Arten von Asthma, besonders den auf gewissen Störungen der Verdauung beruhenden, hervorragende Erfolge erzielt haben von dem alternativen Gebrauch der Tinctura Euphorbiae pilluliferae (30 Tropfen 4stündlich) und folgender Pillen:

Rp. *Strychnin. sulfuric.* *0·10—0·20*
Ipecacuanth. pulverat. *0·80*
Piper. nigr. pulverat. *0·30*
Extr. Gentian. *1·0*
Tinct. Gaultheriae aether. gutt. *1.*
Mf. Pill. 20, nach jeder Mahlzeit 1 Pille zu nehmen.

(Med. News. — Deutsche Med.-Ztg. 1892. 82.)

1059. ***Cholerawidrige Mischung.*** Aus Hamburg meldet *Maubach* in der „Pharm. Zeitg.", dass nachstehende Mischung zur Verhütung der Ansteckung sich bewährt habe:

2 Grm. Acid. mur. dil.,
2 „ Pepsini,
180 „ Aq. Menth. pip.,
30 „ Syr. Zingib.

S. 2stündlich 1 Esslöffel voll. Morgens und Abends. Einreibung der Füsse mit Kampfergeist.

1060. ***Erregen der Wehenthätigkeit durch intrauterine Injection von Glycerin.*** *Von **Pelzer**, Köln. (Arch. f. Gyn. Bd. XLII, Heft 2, pag. 220.)*

In der Kölner Hebeammenklinik wurde versuchsweise Glycerin intrauterin als wehenerregendes Mittel zwischen Uterusinnenwand und Eihäuten injicirt und bewährte sich dies. Injicirt wurden 50—100 Ccm. Glycerin, und zwar unter der Vorsicht, dass nicht gleichzeitig auch Luft injicirt und dass nicht die Eihäute verletzt wurden. Angewandt wurde dies Mittel in 3 Fällen von engem Becken — behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt —, in 2 Fällen von Wehenschwäche, in 1 Falle, in dem es sich wegen Lebensgefahr der Mutter darum handelte, die Geburt rasch zu beenden und in 1 Falle von Placenta praevia. Die Wirkung stellte sich stets prompt im Verlaufe einiger Stunden nach der Injection ein. Nebenbei bietet

dieses Mittel den Vortheil dar, dass es an und für sich schon ein Antisepticum ist und Wasser attrahirt, wodurch die Fruchtwassermenge vermindert wird. Ausserdem macht es die Cervix geschmeidig. *Kleinwächter.*

1061. ***Das Auftreten der Schafblattern unter besonderen Umständen.*** *Von Prof.* **Bokay.** *(Ung. Arch. f. Med. Bd. I, Heft 2. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 22.)*

Verf. beobachtete fünfmal das Auftreten von Schafblattern und Herpes Zoster bei Kindern derselben Familie; die Aufeinanderfolge beider Krankheiten war von 10—15 Tagen. Diese Erfahrungen lassen Verf. an einen gewissen Zusammenhang beider Krankheiten denken, da ja auch für den Zoster ein infectiöser, epidemischer Charakter immer häufiger beobachtet wird.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Baginsky, Dr. Adolf, Director des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses, Privatdocent der Kinderheilkunde an der Universität Berlin. Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studirende. Vierte vielfach vermehrte und verbesserte Auflage. (Wreden's Sammlung medicinischer Lehrbücher. Bd. VI.) Berlin 1892, Verlag von Friedrich Wreden.

Beiträge zur Chirurgie. Festschrift, gewidmet Theodor Billroth von seinen dankbaren Schülern zur Feier des vollendeten fünfzigsten Semesters seines akademischen Wirkens in Wien. Mit 2 Portraits, 2 lithographischen Tafeln und 51 Holzschnitten. Stuttgart 1892, Verlag von Ferdinand Enke.

Fischer, Prof. Dr. H., geheimer Medicinalrath. Specielle Chirurgie für Aerzte und Studirende. Mit 190 Abbildungen in Holzschnitt. (Wreden's Sammlung medicinischer Lehrbücher. Bd. IX.) Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1892.

Frank, Dr. Rudolf, Assistent an der Klinik des Herrn Hofrathes Prof. Dr. Albert in Wien. Ueber die angeborene Verschliessung des Mastdarmes und die begleitenden inneren und äusseren angeborenen Fistelbildungen. Mit 51 Abbildungen. Wien, Verlag von Josef Šafář, 1892.

Gad, Dr. Johannes, a. o. Professor der Physiologie an der Universität Berlin und *Heymann, Dr. J. F.,* Professor an der Universität Gent. Kurzes Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Mit 62 Abbildungen in Holzschnitt und 1 lithographischen Tafel. (Wreden's Sammlung medicinischer Lehrbücher. Bd. XVI.) Berlin 1892, Verlag von Friedrich Wreden.

Grünwald, Dr. Ludwig, in München. Die Lehre von den Naseneiterungen, mit besonderer Rücksicht auf die Erkrankungen des Sieb- und Keilbeines und deren chirurgische Behandlung. Mit 5 Abbildungen. München und Leipzig, Verlag von J. F. Lehmann, 1893.

Gugl, Dr. Hugo, und *Stichl, Dr. Anton,* Aerzte des Sanatoriums Mariagrün bei Graz. Neuropathologische Studien. Stuttgart 1892. Verlag von Ferdinand Enke.

Hacker, Doc. Dr. V. Ritter v., Abtheilungsvorstand an dem genannten Spitale und der allgemeinen Poliklinik. Chirurgische Beiträge aus dem Erzherzogin Sofienspital in Wien. Mit 16 Abbildungen. Wien 1892, Alfred Hölder.

Illich, Dr. Alberto, Operateur an der ersten chirurgischen Klinik des Hofrathes Prof. Dr. Albert in Wien. Beitrag zur Klinik der Aktinomykose. Mit 2 Lichtdrucktafeln. Wien, Verlag von Josef Šafář, 1892.

Kölliker, Theodor, Prof. der Chirurgie in Leipzig. Ueber die Fortschritte der operativen Chirurgie des Rückenmarks und der peripherischen Nerven. Antrittsvorlesung. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Krafft-Ebing, Dr. R. v., o. ö. Professor der Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der k. k. Universität in Wien. Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie mit Berücksichtigung der Gesetzgebung von Oesterreich, Deutschland und Frankreich. Dritte umgearbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Lang, Prof. Eduard. Ordinationsformeln aus der Syphilisabtheilung. Zweite Auflage. Wien, Verlag von Josef Šafář, 1892.

Magnus, Dr. H., a. ö. Professor der Augenheilkunde in Breslau. Die Entwicklung des Altersstaares. 11 Tafeln mit Text. (Augenärztliche Unterrichtstafeln für den akademischen und Selbstunterricht.) Heft II. Breslau 1892, S. N. Kern's Verlag (Max Müller).

Paschkis, Dr. Heinrich, Docent an der k. k. Universität in Wien. Arznei-Verordnungslehre für Aerzte und Studirende der Medicin. Wien 1892, Verlag von Alfred Hölder.

Schauta, Dr. Friedrich, o. ö. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Wien. Grundriss der operativen Geburtshilfe für Aerzte und Studirende. II. verbesserte und theilweise umgearbeitete Auflage. Mit 38 Holzschnitten. Wien und Leipzig 1892, Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Schürer v. Waldheim, Dr. med. F. und *Kafka, Dr. jur. J.* Aerzte-Codex. Eine Sammlung von den Arzt betreffenden österreichischen Gesetzen, Verordnungen, Erlässen, Entscheidungen etc. Wien, Pest, Leipzig, A. Hartleben's Verlag 1893.

Uffelmann, Dr. J., Professor der Medicin an der Universität Rostock. Kurzgefasstes Handbuch der Kinderheilkunde mit besonderer Rücksicht auf Aetiologie, Prophylaxis und hygienisch-diätetische Therapie für Aerzte und Studirende. Mit 7 Holzschnitten. Wien und Leipzig 1893, Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Winiwarter, Dr. A. v., Professor der Chirurgie in Lüttich. Die chirurgischen Krankheiten der Haut und des Zellgewebes. (Deutsche Chirurgie von Billroth und Luecke, Lieferung 23.) Stuttgart 1892, Verlag von Ferdinand Enke.

XII. Jahresbericht des unter dem höchsten Protectorate Sr. k. u. k. Hoheit des durchlauchtigsten Herrn Erzherzogs Karl Ludwig stehenden Erzherzogin Sophienspitales in Wien (errichtet im Jahre 1880 durch freiwillige Spenden und durch die Erbeinsetzung der Frau E. L. Kenyon), VII. Kaiserstrasse 7, für das Jahr 1891. Wien, Verlag des Curatoriums des Erzherzogin Sophienspitales, 1892.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

1062. ***Apoplexia pancreatis.*** *Von* **F. H. Hade.** *(Norsk Magazin f. Laegevidensk. 1892, Sept., pag. 203.)*

Bei einer Frau, welche nach einer längeren Seereise unter anscheinend peritonitischen Erscheinungen, starken Schmerzen in der rechten Seite des Abdomen und bedeutendem Meteorismus erkrankt und nach 3 Tagen gestorben war, ergab die Section neben granulärer Nierenatrophie in der Gegend des Pancreas und des Radix Mesenterii und von dort nach allen Seiten ausstrahlend ein grosses Blutextravasat. Dieses ging von der Arteria pancreatica im linken Drittel der Bauchspeicheldrüse aus und verbreitete sich durch das ganze Organ, dessen linkes und mittelstes Drittel dadurch zerstört war. Die kleineren Gefässe dieses Theiles des Pancreas waren stark verkalkt. Die Blutung hatte sich durch das Bindegewebe einen Weg zu beiden Nieren gebahnt, die von Blutcoagula eingekapselt erschienen und war, nach allen Seiten verbreitet, retroperitoneal bis zum 2.—3. Lendenwirbel zu verfolgen. Die Kranke hatte ausserordentlich von der Seekrankheit gelitten, doch scheint auch schon vor dieser eine ältere Pancreasblutung durch einzelne braunschwarze Massen im Pancreasgewebe angedeutet zu sein. Die Todesursache ist vielleicht in dem bedeutenden Drucke auf die grossen Unterleibsganglien zu suchen und der auf diejenigen Theile des Darmes, deren Mesenterium in Mitleidenschaft gezogen war, beschränkte Meteorismus erklärt sich aus directer Lähmung der Vagusverzweigungen. *Husemann.*

1063. ***Masern mit nachfolgender hämorrhagischer Diathese.*** *Von* **S. Laache,** *Christiania. (Norsk Magazin f. Laegevidensk. 1892, Oct., pag. 1094.)*

Hämorrhagische Masern, an sich ein seltenes Vorkommniss, sind in der Mehrzahl der Fälle wohl auf septische Zustände zurückzuführen, die als secundäre oder Mischinfection der Krankheit hinzutreten und deletäre Blutdissolution veranlassen. Purpura post scarlatinam scheint nach den Erfahrungen von *Henoch* 7mal häufiger zu sein als Purpura post morbilles. Die Prognose ist bei beiden Affectionen meist günstig, doch kommen einzelne sehr acute und oft unerwartete Todesfälle vor. Ein im Reichshospital zu Christiania beobachteter günstig verlaufener Fall hat dadurch Interesse, dass er eine erwachsene Person, ein 22jähriges, an Ascites leidendes und im Hospitale am 13. Tage nach seiner Aufnahme von Masern, die damals in Christiania stark epidemisirten, ergriffenes Mädchen, betrifft. Nach Ablauf der relativ leichten Morbillen trat am 8. Tage Epistaxis, am 9. Darmblutung und 5 Tage später Hämaturie ein, die sich in kurzer Zeit verlor, während die beiden anderen Hämorrhagien, namentlich das Nasenbluten, hartnäckiger waren. Die

Hautpetechien waren nicht besonders ausgedehnt. Nachkrankheiten traten nicht ein. Der Ascites ging später zurück. Tuberculose, die wegen früher schon stattgehabter Hämoptysis vermuthet wurde, konnte nicht nachgewiesen werden. *Th. Husemann.*

1064. ***Ueber Croup als Complication von Masern.*** *Von Oberarzt* ***Aaser,*** *Christiania. (Norsk Magazin f. Laegevidensk. 1892, Oct., pag. 1087.)*

Die croupartigen Erscheinungen im Prodromalstadium der Masern sind nach Verf.'s Erfahrungen Folge von Schleimhautschwellung durch das auf der Schleimhaut ausbrechende Exanthem und daraus hervorgehender Stimmritzenverengung. Bei genauer Untersuchung ist Belag im Pharynx oder Larynx nicht zu constatiren, wohl aber bedeutende Röthe der Schleimhaut, die am Gaumensegel und dem hintersten Theile des harten Gaumen ein fleckiges Aussehen gewinnt, indem mehrere stark geröthete Papeln kleine Gruppen bilden. Dieses Exanthem des Pharynx ist sehr charakteristisch und gibt immer Anlass, an die kommende Masern-eruption zu denken, mit deren Auftreten die croupösen Erscheinungen verschwinden. In späteren Stadien kommt wirklicher Croup vor, der in einzelnen Fällen ganz bestimmt als diphtheritischer Croup zu bezeichnen ist und als solcher auch auftreten kann, ohne dass sich im Pharynx irgend welcher Belag findet. In einem Falle von späterem Croup bei Masern constatirte Verf. in der von der Epiglottis in den Kehlkopf sich verbreitenden Membran echte Diphtheritisbacillen. Auch bei Scarlatina kann Croup auftreten, ohne dass Belag im Pharynx sich findet. Möglicherweise ist die bei dem vorausgehenden Catarrh der schützenden Epithelbekleidung theilweise beraubte Kehlkopfschleimhaut zur Localisation des diphtheritischen Contagiums besonders prädisponirt. *Th. Husemann.*

1065. ***Ueber Bradycardie und die Wirkung des Atropin auf das gesunde und kranke menschliche Herz.*** *Von Prof.* ***Dehio.*** *(St. Petersburg. med. Wochenschr. 1892. Nr. 1. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 42.)*

Bei der als Bradycardie bekannten und mehrfach beschriebenen Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens lässt es sich a priori nicht immer feststellen, ob die Ursache derselben cardialen oder extracardialen Ursprunges ist. Die Entscheidung dieser Frage wird aber in zuverlässiger Weise durch das Atropin gegeben, da dieses die im Herzen gelegenen Endigungen der Vagusfasern lähmt und eine Bradycardie, die auf einer Reizung des bulbären Vaguscentrums oder der zugehörigen cardialen Zweige beruht, zum Schwinden bringt. In einem Falle von Apoplexie mit 48 Pulsen gelang es auch, durch eine subcutane Atropininjection den Puls auf 144 Schläge in der Minute zu steigern; in drei anderen Beobachtungen dagegen, wo die Bradycardie durch Veränderungen des Herzens selbst, respective seines motorischen Apparates bedingt war, blieb das Atropin ohne Einfluss auf die Schlagfolge des Herzens. Verf. hat nun weiterhin das Atropin benützt, um durch Ausschliessung aller auf das Herz einwirkenden hemmenden Einflüsse die Erregung, respective Erregbarkeit des automatischen Centrums für die coordinirte Herzbewegung zu prüfen, die alsdann in einer Vermehrung der Schlagfolge zu Tage tritt. Er fand so,

dass nach Ausschluss der Vaguswirkung das jugendliche Herz frequentere Contractionen ausführt, dass die Fähigkeit hierzu aber im höheren Alter, und in gleicher Weise auch bei vielen Herzfehlern verloren geht. Und gerade diejenigen Herzfehler führen am frühesten und häufigsten zu einer solchen Ermattung des Herzens, welche die stärkste Hypertrophie, namentlich des linken Ventrikels, bewirken und somit die grössten Ansprüche an die Thätigkeit der motorischen Centren stellen. Die cardiale Bradycardie stellt die höchste Steigerung derjenigen Veränderungen vor, die in geringerem Grade am senilen Herzen und bei vielen Herzfehlern gefunden werden. Als letzte Ursache dieser Anomalien und namentlich der cardialen Bradycardie vermuthet Verf. Ernährungsstörungen der herzregulirenden Centra, also locale Veränderungen, beruhend auf localer Sclerose der betreffenden Aeste der Coronararterien, die häufig auch nur eine Theilerscheinung der allgemeinen Sclerose der Coronararterien ist; zuweilen aber mag es sich auch wohl nur um eine vorübergehende functionelle Schwäche jener Centren handeln.

1066. ***Ueber einen Fall von Pylephlebitis suppurativa.*** *Von Prof.* ***Ewald.*** *Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 2. November 1892. (München. med. Wochenschr. 1892. 45.)*

Es handelt sich um einen 26jährigen Kaufmann, der am 10. October Aufnahme in das Augustahospital fand. Er litt seit drei Wochen an Durchfall, Aufstossen, Erbrechen gelblicher Massen, Kopfschmerzen, Abends Frost und Fieber, kein Husten und Auswurf. Aussehen cachectisch, Milzschwellung. Keine Roseola, keine Typhusstühle, an Lunge und Herz nichts nachzuweisen. Das Fieber ging noch Abends auf 40° hinauf, am nächsten Morgen auf unter 37° herab. Ganz leichte Druckempfindlichkeit in der Leber- und Milzgegend. Die Blutuntersuchung ergab keine Malariaplasmodien. Nach 5 Tagen wurde die Percussion des Epigastrium empfindlich; die Leber schwoll an; Schüttelfröste. Nach 8 Tagen Abdomen aufgetrieben, die rechte Partie über der Leber von der Mitte aus gerechnet um $1\frac{1}{2}$ Cm. grösser, als auf der linken Seite. Kein Icterus. Diagnose schwankte zwischen Typhus, Tuberculose und auf die Leber localisirten Process. Tuberculose war wegen des Fehlens irgend welcher wichtiger Erscheinungen auszuschliessen, Typhus nicht mit derselben Sicherheit, da es ohne Zweifel solchen auch ohne die Roseola und ohne die charakteristischen Stühle gibt. Punction der Leber in der Parasternallinie ergab keinen Eiter, nur geringe Mengen Blut; Tags darauf deutliches Reiben über der Punctionsstelle; doch keine Zeichen der Pfortaderthrombose. Schüttelfröste wiederholten sich, Chinin etc. blieb ohne Erfolg. Nach drei Tagen Wiederholung der Punction, ebenfalls ohne Resultat. Unterdessen war die Auftreibung des Leibes grösser geworden und undeutlicher Ascites nachzuweisen. Gleichwohl wurde die Diagnose auf eine eiterige Erkrankung der Leber gestellt und es handelte sich nun um den Sitz derselben. Die Anamnese gab hierüber keinen Aufschluss. Im Urin war niemals Gallenfarbstoff, noch Eiweiss oder Zucker. Der Mann ging zu Grunde und die Obduction ergab Folgendes: Das Ileocöcum zeigte einen alten perityphlitischen Process, mit dem der perforirte Processus vermiformis in

Verbindung stand; von hier war der eiterige Process durch die V. mesenterica sup. in die Pfortader übergegangen. In den Verbindungen der Pfortader grosse Eitermassen, Milz stark vergrössert. Von Interesse ist, dass die Perityplitis offenbar ein alter Process war und unbemerkt verlaufen ist. Intra vitam dürfte es unmöglich sein, mit Sicherheit die Differentialdiagnose zu stellen.

1067. ***Ueber Anorexie der Hysterischen.*** *Von Dr.* ***Sollier.*** *(Revue de méd. 1891. 8. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 43.)*

Von den beiden Arten der Anorexie, der gastrischen und der psychischen, existirt bei Hysterischen nur die letztere; denn es handelt sich bei ihnen nicht um einen Verlust des Appetits und des Hungergefühls, sondern um eine systematische Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Man kann klinisch eine primäre und eine secundäre Form unterscheiden. Die erstere ist die schwerere und ist gewöhnlich die einzige Manifestation der Hysterie; die andere kommt mit anderen hysterischen Symptomen zusammen vor, steht auf gleicher Stufe wie diese; sie ist leichter, neigt aber zu Recidiven. Die primäre Form beruht auf einer durch die Verminderung der Sensibilität und Intelligenz hervorgerufenen fixen Idee, die secundäre im Gegentheil auf einer Ablenkung der Aufmerksamkeit in Folge der anderen schweren hysterischen Manifestationen. Darum ist auch die Behandlung der ersteren Form schwieriger als die der zweiten. Aetiologisch sind hervorzuheben: 1. moralische Ursachen (Koketterie, Widerspruchsgeist), 2. Anästhesie des Geschmackes und des Magens, 3. nervöse Zufälle (Spasmus des Oesophagus, Gastralgie, Erbrechen), 4. sensorielle Illusionen, namentlich Makropsie (die Speisen erscheinen zu voluminös). Die mitgetheilten 4 Krankengeschichten ergeben, dass die hysterischen Frauen und Mädchen, welche mit der Anorexie, theilweise ausserdem noch mit allen nur irgend möglichen hysterischen Symptomen behaftet waren, schliesslich einer totalen Cachexie verfallen waren (z. B. Körpergewicht von 58 und 59 Pfund bei Mädchen von 17, respective 28 Jahren), und dass dieselben in Folge der vom Verf. unternommenen Behandlung, nachdem vorher alle Mittel vergebens gewesen waren, in einigen Monaten um 20—30 Pfund zunahmen und nicht nur von ihrer Anorexie, sondern auch von den anderen hysterischen Symptomen befreit wurden. Die Therapie bestand, gemäss der Natur der Krankheit, vor Allem in einer durchaus consequent durchgeführten moralischen Behandlung: 1. Strengste Isolation in einer Heilanstalt; vollkommene Unterbrechung jeder Verbindung zwischen der Kranken und ihrer Familie, da die Nachgiebigkeit seitens der letzteren eine strenge Behandlung paralysiren würde. 2. In den ersten Tagen muss der Arzt selbst der Kranken zu essen geben, und zwar schon die erste Mahlzeit nach dem Eintritt in die Anstalt. In allen Fällen wurde es mit Hilfe von vagen Drohungen erreicht, dass die Kranken schon am ersten Tage nicht nur freiwillig assen, sondern auch nicht erbrachen. 3. Die Ernährung mit der Schlundsonde ist nicht angebracht, da dann die Kranke gefüttert wird und nicht activ essen lernt. 4. Dasselbe spricht gegen die Hypnose; doch kann dieselbe als Hilfsmittel benutzt werden, um der Kranken zu zeigen, dass bei oder nach dem Essen keine unangenehmen Symptome einzutreten

brauchen (Spasmus, Erbrechen). 5. Man gibt trotz der Cachexie gleich bei der ersten Mahlzeit compacte Speisen, auch Brod. 6. Daneben tonische Medication (Eisen). 7. Hydrotherapie, namentlich kalte Douchen. Die Entlassung aus der Behandlung und namentlich aus der Isolation darf nicht zu früh stattfinden; das beste Criterium für den Zeitpunkt ist das Körpergewicht.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

1068. ***Beitrag zur Behandlung der Diphtheritis.*** *Von Dr.* ***J. Moskowitz.*** *(Pest. med.-chir. Presse. 1892. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 42.)*

Verf. lässt den Hals der kleinen Patienten mit Unguentum hydrarg. cinereum einreiben, ohne rücksichtlich des Alters sich an eine bestimmte Dosirung zu halten; in der Regel wurden 70 bis 80 Grm., bisweilen noch mehr, von der genannten Salbe gebraucht, ohne dass Intoxicationserscheinungen beobachtet wurden. Ueber die eingeriebenen Partien legt Verf. Guttaperchapapier und dann ein trockenes Tuch. Auf Gurgelungen wird kein besonderes Gewicht gelegt. Nebenbei erhalten die Kinder reichlich Wein und Cognac. Auf diese Weise behandelte Verf. 10 Fälle von schwerer Diphtherie mit schmutzigen Belägen, Collapserscheinungen und hohem Fieber. Die Beläge stiessen sich theils ab, theils nahmen sie ein besseres Aussehen an, das Allgemeinbefinden hob sich, das Fieber liess nach und nach 3—4 Tagen war der Process beendet. Die Anwendung von Quecksilberpräparaten bei Behandlung der Diphtherie ist nicht neu. So hatten *Kaulich* Pinselungen und Inhalationen von Sublimat, *Villers* und *Anuschat* die innerliche Anwendung des Hydrargyrum cyanatum, *Schottin* Calomel in abführender Gabe empfohlen, ohne dass bisher die günstigen Beobachtungen der genannten Autoren bestätigt worden sind.

1069. ***Pilocarpin gegen Singultus.*** *Von Prof. Dr.* ***B. Stiller,*** *Budapest. (Centralbl. f. klin. Med. 1892. 42.)*

Unlängst berichtete *Le Noble* über den Erfolg eines Infus. Jaborandi gegen Singultus bei Influenza (s. Referat Nr. 833 d. Jahrg. der „Med.-chir. Rundschau“). Dabei liess er es dahingestellt, welcher Bestandtheil der Jaborandiblätter: ob das Pilocarpin, Jaborin oder Pilocarpidin das eigentlich wirksame Princip gegen das Schluchzen sei. Verf. berichtet nun, dass er das Pilocarpinum muriaticum in der Dose von 0·1 auf 10·0 Wasser, 3—4mal täglich 10 Tropfen, seit Jahren als das ihm bekannte beste Mittel gegen nervösen Singultus anwende. Nur einmal sah er einen äusserst prompten, aber nicht anhaltenden Erfolg von einer Atropininjection die irrthümlich anstatt einer Morphinlösung angewendet worden war. Es war eine Pat., bei welcher die Zwerchfellskrämpfe so heftig waren, dass der ganze Unterleib stundenlang in grossen Wellen auf und nieder wogte. Auf diesen Erfolg gestützt, versuchte Verf. das Atropin auch in anderen Fällen; doch leisteten Dosen von erlaubter Höhe gar nichts; während dort der Erfolg, nämlich der prompte Stillstand der ungewöhnlich heftigen habi-

tuellen Zwerchfellskrämpfe für etwa 24 Stunden durch Intoxicationserscheinungen getrübt war. Die Dose mag 6—7 Mgrm. betragen haben. Verf. wendete das Pilocarpin bisher noch nie bei dem acuten reflectorischen Schluchzen an, welches schwere Unterleibsleiden und peritonitische Processe oft als ominöses Zeichen begleitet, da bei diesen meist auch mit Erbrechen und Brechreiz einhergehenden Fällen die physiologische Wirkung des Pilocarpin nicht eben erwünscht ist. Verf. verwendete dasselbe ausschliesslich bei chronischem nervösen oder hysterischem Singultus, und nie in grösserer Dose als oben angeführt; daher waren auch die Erfolge nie momentane wie in dem acuten Falle von *Le Noble.* Aber mit Beginn der Medication trat eine sichtliche Abnahme der Anfälle sowohl in Betreff ihrer Heftigkeit wie Häufigkeit ein, und bei Fortgebrauch des Mittels durch 1—3 Wochen hörten die Anfälle meist vollständig auf. Freilich gibt es Fälle, wo sich — wie bei schwerer Hysterie — nur Besserungen oder temporäre Heilungen erzielen lassen. Nennenswerthe Beschwerden hat Verf. von dem so gebrauchten Pilocarpin nie gesehen. Vielleicht liessen sich durch subcutane Anwendung raschere Erfolge erzielen, doch sind dann auch die lästigen Nebenwirkungen gewiss erheblicher. Merkwürdig bleibt es, dass das antagonistische Atropin in grosser Dose von ähnlicher Wirkung ist, wie das Pilocarpin in kleiner. Die Frage, welcher Bestandtheil der Jaborandiblätter der wirksame ist. scheint nach Verf.'s Erfahrung zu Gunsten des Pilocarpin entschieden.

— sch.

1070. ***Ueber Benzanilid.*** *Von Dr.* ***Luigi Cantù,*** *Pavia. (Riforma med. 1892, pag. 175. — Deutsch. Med.-Ztg. 1882. 88.)*

Cahn und *Hepp* fanden bei dem Benzanilid eine dem Acetanilid ähnliche, therapeutische Wirkung und Verf. konnte es wegen seiner Wirkung bei Kindern als kräftiges, antithermisches Mittel empfehlen. In Folge dessen ging er auch bei erwachsenen Kranken mit Versuchen in ziemlich ausgedehntem Massstabe heran (fünf Fälle von Typhus, zwölf von Gelenkrheumatismus, vier von croupöser Pneumonie, drei von Neuritis, drei von Ischialgie, zwei von Malaria, einer von Chorea und einer von Tetanus). Die physiologische Wirkung des Mittels kommt nahezu derjenigen des Antifebrin gleich. Was den Einfluss auf die erwähnten Kranken betrifft, sowohl bezüglich des Verlaufes der Affection, als auch der verschiedenen Symptome derselben, so war derselbe auf die Chorea, die Fälle von Neuritis und Ischialgie gleich Null, da das Hauptsymptom, der quälende Schmerz nicht, oder nur in unbedeutender und vorübergehender Weise gemildert wurde. Ebenso entwickelte sich keine Wirkung auf die Malaria. Bei der Pneumonie erzielte man zwar eine Abnahme der Temperatur, aber die örtlichen Zustände der Lunge und des Herzens wurden durch das Benzanilid nicht günstig beeinflusst, und in Fällen von Herzschwäche ist sogar eher vom Gebrauche desselben abzurathen. Beim Ileotyphus erwirkte man günstige Erfolge, da man den Kranken mehrere Stunden lang apyretisch erhalten kann. In zwei sehr schweren Fällen von Typhus, von denen der eine mit Darmblutungen verbunden war, fiel die Temperatur, hörte der Kopfschmerz auf und manifestirte sich ein merkliches Wohlbefinden, während die

anderen gewöhnlichen, antipyretischen Mittel eine bedeutend geringere Wirkung, wenigstens bei diesen zwei Kranken, erzeugten. Man konnte aber nicht ohne Unterbrechung durch mehrere Tage das Mittel fortsetzen, da sich dann Gesichtsblässe, Cyanose der Schleimhäute etc. einstellten. Es scheint sich demnach hier, wie beim Antifebrin, eine cumulative Wirkung zu entwickeln, die man jedenfalls verhüten muss, und daher ist es erforderlich, mit anderen therapeutischen Operationen zu alterniren, vor Allem mit dem kalten Bade. In Bezug auf die Krankheitsdauer nimmt Verf. keinen Einfluss des Benzanilid auf dieselbe an, sondern letzteres heilt nur einige Symptome und nicht die Krankheit selbst. Sämmtliche Fälle von Ileotyphus wurden geheilt, allein man kann diese Heilung nicht auf Rechnung der directen Wirkung des Benzanilid setzen. Thatsächlich beeinflusst vom Benzanilid wurde der acute Gelenkrheumatismus, und bisweilen genügten 6—8 Grm. zur sofortigen Heilung, während stets von allen Symptomen der Schmerz zu allererst wich. In einzelnen Fällen zeigte sich der verschwundene Schmerz in einem anderen Gelenke, und noch intensiver. Diese Erscheinung ist jedenfalls geeignet, dem Mittel eine präventive Wirkung zuzuerkennen, und in dieser Beziehung hat das Natron salicylicum seinen verdienten Vorzug. Aus allen diesen Daten ergibt sich, dass das Benzanilid keinen höheren Werth als die anderen antipyretischen Medicamente besitzt und nur in einigen Fällen diesen substituirt werden kann. Empfohlen kann es nur werden wegen seines niedrigen Preises, wegen des Fernbleibens von ernstlichen Intoxicationssymptomen, wie sie durch den Gebrauch anderer Mittel, z. B. Antifebrin, sich entwickeln. Bei Thieren kann man hohe Dosen von Benzanilid (bei Kaninchen 12·0) in den Magen bringen, ohne dadurch gefährliche Erscheinungen hervorzurufen.

1071. ***Ueber die Magendouche.*** *Von Dr.* ***Th. Rosenheim.*** *(Ther. Monatsh. 1892. Aug. — Prag. med. Wochenschr. 1892. 43.)*

Die Berieselung des Magens, zuerst auf der *Kussmaul*'schen Klinik gegen hartnäckige Gastralgien erprobt, ist bereits von mehreren Seiten als eine nutzbringende Behandlungsmethode nervöser Magenaffectionen empfohlen worden. Verf. hat es nun unternommen, dieses Heilverfahren auch auf andere Erkrankungen des Magens auszudehnen. Er bedient sich hierbei eines Schlauches mit zahlreichen kleinen Oeffnungen von 1—2 Mm. Durchmesser, neben denen gewöhnlich noch in der Kuppe ein 3—4 Mm. grosses Loch angebracht ist. Als Berieselungsflüssigkeit wurde warmes Wasser, kohlensäurehaltiges, — Chloroformwasser, Kochsalz- und Arg. nitricum-Lösung verwendet. Die Bespülung geschah am nüchternen Magen, oder 3—4 Stunden nach dem ersten kleinen Frühstück und es wurden während einer Sitzung 5—7 Wassereinläufe gemacht. Die Vortheile, welche dieses Verfahren bietet, bestehen darin, dass der ganze Magen gleichmässig bespült wird, dem Organismus kein Nährmaterial entzogen und die Procedur vom Kranken sehr leicht ausgeführt wird. Die Irrigation mit warmem Wasser von 38—44° C. hat sich an 25 Patienten, welche an nervöser Dyspepsie, an mittelschweren catarrhalischen Erscheinungen mit und ohne Herabsetzung der motorischen Function, oder an

sonstigen Magenneurosen litten, als ein beruhigendes und mild anregendes Mittel bewährt, ebenso leisteten Kochsalzwasserdouchen (1 Theelöffel Na Cl auf 1 Liter warmen Wassers) in mehreren den oben erwähnten Krankheitserscheinungen ähnlichen Processen, sowie auch bei schweren Reizzuständen, bei Gastralgien sehr gute Dienste. Aber auch Berieselungen mit kohlensäurehaltigem warmen Wasser, mit Chloroformwasser (erhältlich durch Schütteln von 50—60 Grm. Chloroform in 1 Liter Wasser, wobei das zu Boden gesunkene überschüssige Chloroform später wieder benützt werden kann), mit Argentum nitricum-Lösungen (1—2 : 1000) erwiesen sich zur Bekämpfung hartnäckigen Erbrechens und schwerer Gastralgien als ziemlich verlässlich.

1072. ***Eine letal verlaufene acute Quecksilbervergiftung, entstanden durch Einreibung von grauer Salbe.*** *Von Dr.* ***Sackur.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 25. — Centralbl. f. Chir. 1892. 40.)*

20jähriges Dienstmädchen hatte seit einigen Tagen Schrunden an den Händen; da auch Schmerzen am Unterarm eintraten, ging sie (15. Januar) zum Arzt, der ihr graue Salbe (höchstens 5 Grm.) einrieb. — Eine Stunde nachher Uebelbefinden, Ohnmacht, Erbrechen. Abends wurde sie in das Allerheiligen-Hospital in Breslau aufgenommen. Daselbst häufiges Erbrechen, ununterbrochene Ohnmachtsanfälle. Hand und unteres Drittel des Vorderarmes geschwollen, undeutlich fluctuirend; Incision führt auf sulzig infiltrirtes Unterhautzell- und Muskelgewebe. 16. Januar. Erbrechen dauert fort, Albuminurie, Tenesmus, Abendtemperatur 36·6. — 17. Januar. Blutige Stühle, Koliken, Anurie. Abendtemperatur 36·2. — 18. Januar. Hämatemesis. Ununterbrochene Durchfälle, Abends rein blutig. — 19. Januar. Morgentemperatur 35·7. Gangränöse Gingivitis Anurie besteht fort. — 20. Januar. Gingivitis, Erbrechen, Diarrhoen bestehen fort. Abends Tod. Bei der Section fanden sich im unteren Theil des Dünndarmes Hämorrhagien und oberflächliche Necrosen der Schleimhaut; im ganzen Dickdarm die Bilder schwerer Dysenterie. In den Nieren Necrose der Epithelien. Zu Lebzeiten war die Diagnose auf Dysenterie gestellt worden, bis die Gingivitis auftrat und die Anamnese Quecksilbergebrauch ergab. — Die relativ geringe Menge grauer Salbe wirkte deshalb giftig, weil sie auf verletzte Haut eingerieben wurde.

1073. ***Behandlung der Cholera mit combinirter Infusions- und Schwitzcur.*** *Von Dr.* ***O. Zippel,*** *Hamburg. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 42.)*

Nachdem in gewöhnlicher Weise eine intravenöse Infusion 0·6procentiger Kochsalzlösung eingeleitet ist, wird, sobald der Radialpuls wieder zu fühlen ist, durch Niedrigstellen des Irrigators eine ganz geringe Einströmungsgeschwindigkeit erzielt. Die Canüle, beziehungsweise das untere Ende des Schlauches wird am Arm des Patienten befestigt und darüber ein antiseptischer Verband gemacht. Dann wird nach bekannter Methode Hitze auf die Haut applicirt: über den schon vorher des Hemdes entkleideten Kranken werden drei Tonnenreifen gespannt und darüber wollene Decken gebreitet, die unter den Schultern des Patienten, sowie an den Seiten und am Fussende des Bettes fest eingestopft werden,

so dass der Kranke vom Halse bis zu den Füssen in einem abgeschlossenen, circa einen Fuss hohen Luftraum liegt. In diesen Raum wird eine winklig gebogene Röhre eingeführt, die unten am Fussboden in einen mit einigen Löchern versehenen Trichter endigt. In diesem Trichter steht eine Spirituslampe, deren Hitze sich dem abgeschlossenen Raum mittheilt; die Unterschenkel des Patienten, die dem Hitzestrom direct ausgesetzt sind, werden durch ein nasses Tuch geschützt. Die Hitze kann man 30 Minuten wirken lassen, während unterdessen die Infusion weiter geht. Dann lässt man durch Wegziehen der Reifen die Decken auf den Patienten niederfallen und ihn so weiter schwitzen. — Was den definitiven Heilwerth der Methode anbetrifft, so sind die Zahlen bis nun zu klein, um damit etwas entscheiden zu können. Die Idee der Therapie fusst auf den Erfahrungen dieser Epidemie, das Verfahren wurde erst im Verlauf derselben ausgebildet und in seiner oben beschriebenen Gestalt daher nur in wenigen Fällen angewendet, in diesen ergab es aber ein günstiges Resultat. — Bei Application der Hitze in beschriebener Form ist nie ein Unglücksfall passirt, eine Schweisssecretion war aber ohne gleichzeitige Anwendung der Infusion nur in wenigen Fällen zu erzielen. Zur Linderung der Beschwerden der Kranken: Kältegefühl, Waden- und Rückenschmerzen, erwies sich die Anwendung der Hitze allein (dann aber höchstens 10 Minuten lang angewendet) als ein sehr schätzenswerthes Mittel, bei Anwendung des combinirten Verfahrens war die Wirkung eine geradezu überraschende. Die Kranken wurden in einen behaglichen Zustand versetzt, der auch bei den schlimmsten Fällen mindestens einen halben Tag lang anhielt.

1074. ***Subcutane Digitalinjectionen bei Herzkrankheiten.*** *Vorläufige Mittheilung von Dr.* ***M. K. Zieniec.*** *Aus der Klinik von Prof. J. J. Stolnikoff in Warschau. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 40.)*

Da einerseits die Heilmittel bei subcutaner Einführung direct in den Blutkreislauf gelangen, ohne den Magendarmcanal und das System der Vena portae zu berühren, aber, da bei Herzkrankheiten und selbst geringer Compensationsstörung die Schleimhaut des Darmcanals im catarrhalischen Zustande sich befindet und ödematös ist, wobei deren Imbibition behindert sein muss, schliesslich aber aus dem Grunde auch, dass man auf ein krankes Organ am besten geradenwegs und direct therapeutisch wirkt, andere chemisch und mechanisch hemmende Organe bei Seite lassend (in unserem Falle: Leber, Herz), hat Verf., den Rath von *Stolnikoff* befolgend, in einigen Fällen von Herzkrankheiten die subcutane Einführung des Infusum fol. Digitalis, von Zeit zu Zeit, untersucht und dieselbe mit der Anwendung dieses Mittels per os verglichen. Als Beobachtungsmaterial dienten folgende Herzfehler: 1. Stenosis ostii venosi sinistri, 2. Insuff. valvulae bicuspidalis cum stenosi ostii venosi sinistri, 3. Insuff. valvulae aortae cum stenosi ostii aortae, 4. Endocarditis etc.; das Resultat unserer Beobachtungen zeigte, dass in denjenigen Fällen, wo die Einführung des Inf. fol. digitalis per os wenig oder gar nicht mehr die Compensationsstörung der Herzthätigkeit bewältigen konnte, die direct subcutane Anwendung desselben Mittels sogar in viel kleineren

Quantitäten vollkommen gelang. Die zu subcutanen Injectionen, welche 2-, seltener 3mal gemacht wurden, angewandte Dosis von Digitalis war 0·015 oder 0·03 Fol. Digitalis auf 1·0, seltener 2·0 des Infuses. *—r.*

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

1075. ***Ueber den Einfluss antiseptischer Mittel auf die Wundheilung.*** *Von Dr.* ***Rontschewsky.*** *42. S. Russisch. (Centralbl. f. Chir. 1892. 42.)*

Auf Anregung seines Lehrers, Prof. *Uskoff*, beschäftigt sich Verf. in seiner experimentellen Arbeit mit der Frage: Welche Wunde verheilt besser und schneller, die antiseptisch oder aseptisch behandelte, und worin bestehen die Unterschiede der so behandelten Wunden? Als Einleitung gibt er eine kurze Uebersicht über die Geschichte der Aseptik. *Lawson Tait* konnte (1884—1885) auf eine Reihe von 139 Ovariotomien zurücksehen, die ohne einen Todesfall verlaufen waren bei alleiniger Anwendung von gewöhnlichem, unfiltrirtem Brunnenwasser; *Kümmell, Neuber, Tripier, Fritsch, v. Bergmann* u. A. werden als Förderer der Sache der Aseptik aufgeführt. Verf. verfuhr bei seinen Experimenten so, dass er Muskelwunden, meist an Kaninchen, entweder im Sublimat 1 : 1000 oder 3procentiger Carbollösung behandelte oder sie nur mit 0·7procentiger Kochsalzlösung in Berührung brachte. Mit jedem Mittel wurden 2 Versuchsreihen unternommen. In der einen Reihe wurden subcutane Durchschneidungen der Muskeln angelegt, in der zweiten Einspritzungen in die Muskeln gemacht. Alles geschah unter Beobachtung der grössten Sauberkeit. Nach 18, 24 Stunden, 2, 5, 7 und 11 Tagen wurde ein Stückchen Muskel mit der Narbe herausgeschnitten und nach Behandlung mit *Flemming*'scher oder *Babes*scher Flüssigkeit etc. eingebettet und mit dem Mikrotom Längs- und Querschnitte angefertigt. Die Resultate der interessanten Arbeit des Verf. sind im Wesentlichen folgende: An dem Punkte der (Muskel-) Verletzung selbst wird die Wegschaffung des abgestorbenen Gewebes durch die Leukocyten besorgt, und hier gibt es keine Karyokinese. An der Grenze dieses Punktes und in seiner Nachbarschaft findet der Processs der Neubildung statt, welcher anfangs nur im Bindegewebe vor sich geht. Die Karyokinese tritt am Ende des zweiten und zu Anfang des dritten Tagen auf und dauert 2—3 × 24 Stunden. Nach 8 × 24 Stunden haben wir in der aseptischen Wunde, die mit neutraler Flüssigkeit behandelt worden war, eine feste, gute Narbe. Der ganze Heilungsvorgang ist in der antiseptisch behandelten Wunde erheblich verzögert, die Karyokinese tritt hier spärlich und spät auf. Während in der aseptisch behandelten Wunde die Narbenbildung mit 8 Tagen vollständig abgeschlossen ist, hat in der Sublimatwunde die Differenzirung zwischen Granulationsgewebe und Narbengewebe nicht einmal begonnen. Verf. tritt auf Grund seiner Untersuchungen, welche für die antiseptische Behandlung bedeutende degenerative Zerstörungen im Muskelgewebe ergeben, lebhaft für die aseptische Wundbehandlung ein. In dem Fernhalten sowohl der chemischen als der mechanischen Reize sieht er eine Hauptaufgabe der Wundbehandlung.

1076. ***Vergiftung durch Injection einer Cocainlösung in die Tunica vaginalis.*** *Von Dr.* **Paul Berger.** *(Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. T. XVII. — Centralbl. f. Chir. 1892. 32.)*

Die Zahl der Vergiftungsfälle nach Cocaininjection mehrt sich. In dem von Verf. mitgetheilten Falle wurde einem circa 40jährigen Manne nach Punction einer Hydrocele eine 2procentige Cocainlösung in die Höhle injicirt, die Flüssigkeit, circa 1 Suppenlöffel voll, nach 2 Minuten wieder herausgelassen, dann Jodtinctur eingespritzt und auch diese nach einigen Minuten wieder entleert. $^1/_4$ Stunde darnach wollte Pat., der sich ganz wohl fühlte, nach Hause gehen, kehrte indess sofort um, bekam Uebelkeit und stürzte bewusstlos zusammen. Klonische und tonische Krämpfe befielen den ganzen Körper; das Gesicht war bleich, die Pupillen erweitert; der Puls, Anfangs stark und beschleunigt, wurde schwach, unregelmässig; die Athmung verflachte sich; nach kurzer Zeit erfolgte der Tod. Die Obduction ergab ausser einer Mitralinsufficienz negativen Befund. Wie *Reclus* in der Discussion hervorhebt, sind bisher 15 Todesfälle nach Cocaingebrauch bekannt geworden. In zweien, in denen 4, respective 10 Cgrm. Cocain injicirt wurden, ist der Zusammenhang zwischen Injection und Tod nicht unzweifelhaft sicher zu stellen; in allen anderen betrug die Menge des eingespritzten Cocain mehr als 22 Cgrm.; leichtere Vergiftungserscheinungen traten indess oft schon nach weit schwächeren Dosen, schon nach 2—3 Cgrm. auf. *Reclus* glaubt, dass, auch bei gleicher Gesammtmenge des verwendeten Cocains, concentrirte Lösungen gefährlicher seien, als schwache; er empfiehlt, nicht über 2procentige Lösungen hinauszugehen.

1077. ***Einige Fälle von Hauttransplantation mittelst der Thiersch'schen Methode bei ausgedehnten Hautverlusten.*** *Von Dr.* **Sick.** *(Arch. f. klin. Chir. Bd. XLIII, pag. 387—393. — Centralbl. f. Chir. 1892. 44.)*

Verf. theilt 6 Fälle von ausgedehnten Hautverlusten mit, bei denen im neuen allgemeinen Krankenhause zu Hamburg die *Thiersch*sche Hauttransplantation ausgeführt und ein gutes Heilresultat erzielt wurde. Die Technik des Transplantationsverfahrens in diesem Krankenhause ist folgende: Die Granulationen werden theils einfach angefrischt durch Abreiben mit Gazestücken, theils werden sie mit dem scharfen Löffel oder mit dem Messer in flachen Zügen abgetragen. Jedesmal muss eine peinliche Blutstillung eintreten. Es empfiehlt sich daher, bei ausgedehnten Defecten zweizeitig vorzugehen, d. h. zuerst die Anfrischung vorzunehmen, die Wundfläche mit Jodoformgaze zu bedecken, darüber einen comprimirenden Verband anzulegen und erst am folgenden Tage die Haut zu überpflanzen. Das Material wird am besten dem Pat. selbst entnommen, bei grösseren Defecten aus dem Oberschenkel, bei kleineren aus dem Oberarm. Es wird dabei dahin gestrebt, möglichst grosse Hautstücke (handgross und noch grösser) zu bekommen, um zur Deckung nur ein oder einige wenige Stücke benutzen zu müssen. Es hat dies gegenüber den kleinen Läppchen den Vortheil, dass die vielen Grenzlinien, welche besonders am Unterschenkel längere Zeit als blaurothe Linien sich zeigen und zum Zerfall neigen, vermieden werden. Auf Dünnheit der Lappen wird nicht so ängstlich

geachtet. Im Allgemeinen wird auf frisch gesetzte Defecte nicht transplantirt, da die Hautstücke schwieriger anheilen. Kommen Fälle vor, wo es nicht statthaft ist, vom Kranken selbst Haut zu entnehmen (kleine Kinder, Bluter etc.), so hat man die Wahl, entweder von anderen Menschen das Material zu beziehen oder thierische Haut zu verwenden. Im ersten der von Verf. beschriebenen Fälle, wo es sich um ein 10jähriges Mädchen handelte, dem die Kopfhaut abgerissen war, zeigte die transplantirte Haut ein eigenthümliches Verhalten. Verf. fürchtete sich, bei der kleinen Kranken zu dem bestehenden grossen Defect noch einen neuen ebenso grossen zu setzen, wenn er von ihr selbst die Haut entnehmen würde. Er verwendete daher Oberschenkelhaut von zwei 20jährigen gesunden Männern und deckte nur die Stirn und das Augenlid mit der eigenen Haut der Kranken. Alles heilte an, die fremde Haut begann aber nach etwa 3 Wochen zu zerfallen und verschwand bald vollkommen. In der Annahme, dass die Haut einer fast gleichalterigen Schwester der Kranken mehr Aussicht für dauernde Anheilung bieten würde, versuchte er die Deckung zum zweiten Male, jedoch wieder ohne Erfolg. Die transplantirte Haut wurde trotz aller Massnahmen von Granulationen aufgezehrt. Erst bei der dritten Operation gelang die Deckung mit der eigenen Haut des Kindes. Oefters wurde der Versuch gemacht, Stücke von Vaginalschleimhaut zu überpflanzen, welche bei Colporhaphien gewonnen war. Es wurden von der ausgespannten Haut dünne Schichten abgetragen und überpflanzt. Diese Stücke heilten zum Theil an, nahmen schnell einen epidermoidalen Charakter an, retrahirten sich aber sehr stark. Schliesslich wurden auch Versuche mit Ueberpflanzung von Kaninchen- und Froschhaut vorgenommen. Die Kaninchenhaut heilte ganz gut an, wurde aber dann von Granulationen durchwachsen und zerstört. Aehnlich erging es mit der öfters empfohlenen Transplantation von Froschhaut. Nur in einer geringen Anzahl Fälle heilte diese wirklich an, sie hatte jedoch keine Neigung sich zu erhalten oder neue Epidermis zu bilden. Die sichersten Aussichten für die Anheilung bietet also immer die eigene Haut des Kranken; dann kommt als nächst beste Methode die Ueberpflanzung von einem Menschen zum anderen in Frage, während die Versuche, Thierhaut zu überpflanzen, bis jetzt nur einen experimentellen Werth haben, da die Aussicht zur Anheilung, beziehungsweise zur Bildung neuer Haut bei ihr sehr gering ist. Auf die Nachbehandlung der transplantirten Haut muss grosse Sorgfalt verwendet und ein individuelles Verfahren beobachtet werden. Man muss zur richtigen Zeit den feuchten Verband durch einen trockenen ersetzen, bald Salbe, bald Aetzmittel, bald Massage anwenden, um ein gutes Resultat zu erzielen. Auch ein trockener Verband, der leicht comprimirt, leistet zuweilen in der ersten Zeit ausgezeichnete Dienste.

1078. ***Irreponible Subluxation des Kniegelenkes nach aussen. Incision. Heilung.*** *Von Dr. H. Schlange. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 15. — Centralbl. f. Chir. 1892. 40.)*

Der Fall von Verf. betrifft einen 60 Jahre alten Herrn, der bei einem Fall aus der Höhe in einen Spalt zwischen 2 Bretter mit dem rechten Bein hängen blieb. Das Knie zeigte sich bei der

Untersuchung flectirt, geschwollen und auffallend verbreitert. Der Unterschenkel stand weit nach aussen abducirt und nach aussen rotirt. Den Condylus int. fem. sah man unter der sehr verdünnten Haut, der Condylus ext. fem. stand auf dem innersten Rande der Tibialgelenkfläche. Bewegungen waren nur in beschränktem Masse möglich. Narcose. Da es nicht möglich war, die Luxation unblutig zu reponiren, Eröffnung des Gelenkes. Hierbei zeigte sich, dass die Kapsel, am Oberschenkel abgerissen, sich in dem Gelenkspalt eingeklemmt hatte und dadurch das Hinderniss für die Reposition gewesen war. Der Kapselriss war obenein sehr eng. Nach Erweiterung des Risses gelang das Zurückziehen der Kapsel, sowie die Reposition des Gelenkes leicht. Der Mann kann 1½ Jahr nach dem Unfall sein Knie vollständig gut bewegen. Verf. hält diesen Ausgang für normal.

1079. ***Ueber die Behandlung der Eclampsie.*** *Von* ***Dührssen,*** *Berlin. (Arch. f. Gyn. Bd. XLII, Heft 3, pag. 513.)*

Verf. berechnet das Mortalitätsprocent der Mütter bei Eclampsie auf 24·7 und jenes der Früchte auf gar 77. Letztere ist namentlich darauf zurückzuführen, dass die grossen Morphiumdosen, welche die Mütter bei der bisherigen Behandlung erhalten, für die Frucht sehr schädlich sind. Ebenso ist die lang andauernde Narcose für die Mütter schädlich und verschuldet dieselbe eine Reihe von Todesfällen. Erfahrungsgemäss cessirt die Erkrankung in den allermeisten Fällen, wenn der Uterus entleert ist. Da nun die in der Narcose vollzogene Entbindung der Mutter keine Verschlimmerung der Eclampsie, sondern zumeist das Aufhören des Leidens im Gefolge hat, operativ beendete Geburten bei den heutigen aseptischen und antiseptischen Cautelen keine schlechtere Prognose abgeben, als spontan zu Ende gegangene, die Prognose der Eclampsie weiterhin parallel der Zahl der Anfälle eine immer ungünstigere wird, empfiehlt Verf. die Geburt, wenn die Eclampsie intrapartum ausbricht, sofort nach eingeleiteter Narcose operativ zu beenden, sei es mittelst der Zange oder der Wendung. Da der Muttermund hierbei nicht hinlänglich weit eröffnet ist, so macht er tiefe Cervixeinschnitte bis an den Scheidenansatz hin, 3—4 und mehr solche, worauf er die Frucht, je nach den Verhältnissen mittelst der Zange oder der Wendung und nachfolgender Extraction entwickelt. Zuweilen wird es nöthig, ausserordentlich tiefe Scheiden-Dammincisionen zu machen. Sofort nach Entwicklung der Frucht und Abgang der Placenta werden die Schnitte vernäht. Ebenso soll, wenn die Eclampsie im 8. oder 9. Monate der Gravidität ausbricht, der Uterus sofort entleert werden. Da hier namentlich bei Primigenoiden die Cervix häufig noch ganz erhalten oder der supravaginale Theil der Cervix nicht verstrichen ist, so muss man sich den Uterus auf folgende Weise zugänglich machen, um die Frucht extrahiren zu können. Der Cervicalcanal wird mit dem Finger erweitert, bis man durch ihn in das Uteruscavum hinein einen leeren Kolpeurynter einführen kann. Sobald dies gelungen, wird der Kolpeurynter mit einem Liter Wasser gefüllt, geschlossen und wird derselbe nun an seinem Stiele hervorgezogen, bis man ihn ganz herausgezogen hat. Dadurch wird die Cervix so weit erweitert, dass man mit der Hand eindringen und die Geburt auf

die erwähnte Weise künstlich beenden kann. Vor Einlegen des Kolpeurynters muss die Blase gesprengt werden. Zur Unterstützung wird von einem Gehilfen der Kopf der Frucht von aussen in das Becken hineingepresst. Dies Alles geschieht in tiefer Narcose sofort nach Ausbruch des ersten Anfalles. Durch dieses Verfahren wird der von *Halbertsma* hier empfohlene, aber viel gefährlichere Kaiserschnitt umgangen. Von 11 in dieser Weise behandelten Frauen starb nur eine. Auch für die Früchte war das Ergebniss bei dieser Behandlungsmethode ein weit günstigeres, als bei der sonst üblichen, denn wenn die Anfälle sich wiederholen, so sterben die Früchte leicht ab oder werden lebensschwach geboren. Diese Behandlung ist nichts Anderes als ein modificirtes Accouchement forcée.

Kleinwächter.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

1080. ***Eine neue Operationsmethode gegen Ptosis congenita.*** *Von Prof. Dr.* ***A. Birnbacher****, Graz. (Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1892. Mai.)*

Die äussere Lidhaut wird entsprechend dem oberen Tarsalrande durch die ganze Breite des Lides mit einem nach oben convexen Bogenschnitte eingeschnitten, der obere Tarsalrand frei präparirt und drei doppelt armirte starke Seidenfäden durch den oberen Tarsalrand durchgestochen und derselbe dadurch in drei Fadenschlingen gefasst. Dann werden sämmtliche Nadeln (die je zwei zusammengehörigen knapp nebeneinander) unter der Haut nach oben geführt, innerhalb der Augenbrauen ausgestochen und die Fadenschlingen über kleine Jodoformgazeröllchen geknüpft. Die mittleren Fäden führt man gerade nach oben, die beiden seitlichen lässt man nach oben etwas divergiren. Der Grad der Spannung wird so bemessen, dass sich oberes und unteres Lid beim Lidschluss eben noch berühren. Die Randwunde wird durch feine Nähte geschlossen. Aseptischer Druckverband durch 10—25 Tage; dann werden die Fäden entfernt und man fühlt deutlich die Narbenstränge, die von den Augenbrauen zum oberen Tarsalrande ziehen. Auf diese Weise wird am wirksamsten die Wirkung des Musc. frontalis auf den Tarsus übertragen, ohne ectropionirende Nebenwirkung wie bei der Methode von *Pagenstecher*, und ohne entstellende Wülste wie bei der von *Panas.* *v. Reuss.*

1081. ***Die tuberculösen Kehlkopfstenosen und ihre Behandlung.*** *Von Dr.* ***E. Kraus.*** *(Allg. Wien. med. Ztg. 1892. 29—32. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 1892. XI.)*

Die Kehlkopfstenose stellt in den meisten Fällen keine Complication, sondern ein normales Entwicklungsstadium der Kehlkopftuberculose dar. Die Stenose entwickelt sich höchst selten acut und dann nur in Folge äusserer Einflüsse, meist entwickelt sie sich langsam und nimmt erst im letzten Stadium einen rascheren Verlauf. Die tuberculösen Veränderungen des Larynx, die zu Stenosenerscheinungen führen, betreffen entweder nur die Schleimhaut oder die Larynxknorpel und die darüber liegende Schleimhaut. Die unmittelbare Folge der Larynxstenose ist eine gesteigerte Arbeit der normalen Athmungsmuskel, dann die Heranziehung

einer Reihe auxiliärer Athmungsmuskel und endlich eine ungenügende Athmung trotz der aufgebrachten Muskelanstrengungen. Die weitere Folge der Larynxstenose besteht in einer schädlichen Beeinflussung des Lungenleidens, des Kehlkopfleidens und des Allgemeinzustandes. Die Lunge wird mechanisch und chemisch alterirt. Durch die krankhaften, forcirten Athembewegungen wird die Lunge abnormen Zerrungen und Spannungen ausgesetzt. Die mangelhafte Oxydation des Blutes bewirkt eine Ueberladung desselben mit Kohlensäure und hierdurch wieder eine weitere Steigerung der Athemfrequenz. Die mangelhafte Expectoration der Lungensecrete führt zur Stagnation und Zersetzung derselben. Durch die eben angegebenen Umstände verschlimmert sich der Allgemeinzustand. Die Localbehandlung der tuberculösen Larynxstenose kann medicamentös und operativ sein. Von der medicamentösen Localbehandlung leistet Milchsäurebehandlung relativ am meisten und empfiehlt Verf. 20—80procentige Lösungen. Jodpräparate, Guajacol, Pyoctanin sind ohne therapeutischen Werth. Argentum nitricum und Sublimat (submucöse Injectionen und Inhalationen) wirken nachtheilig, Menthol bringt vorübergehende Erleichterung, Morphium, Cocaïn wirken palliativ. Von endolaryngealen Operationen ist die Intubation nutzlos, die Galvanopunctur kann in einzelnen Fällen erfolgreich sein. In geeigneten Fällen kann man durch endolaryngeale Exstirpation der das Larynxinnere verstopfenden tuberculösen Massen und nachträgliche energische Milchsäurepinselungen relativ günstige Erfolge erzielen. Die totale Exstirpation, Resection und Larynxfissur sind bei der Larynxtuberculose aussichtslos. Die Tracheotomie ist in jenen Fällen von Phthise angezeigt, in denen eine auf andere Weise nicht zu behebende zunehmende Larynxstenose besteht. Die Operation beeinflusst den Allgemeinzustand des Patienten in günstiger Weise, erspart dem Patienten den bedeutenden Kräfteverbrauch durch das forcirte Athmen. Sie ist angezeigt in jenen Fällen, in welchen sie eine nachfolgende energische Localtherapie ermöglicht. Die Operation selbst bietet keine Schwierigkeiten dar und ist nur bei zu weit vorgeschrittenen Fällen von Lungenphthise werthlos.

1082. ***Sozojodolquecksilber gegen Ohrpolypen.*** *Von Dr.* ***Klamann.*** *(Allg. med. Central-Ztg. 1892. 49.)*

Das Sozojodolquecksilber ist ein Mittel, das nicht nur bei syphilitischen Affectionen eine gute Wirkung entfaltet, sondern auch bei anderen Eiterungsprocessen mit Nutzen verwendet werden kann. Es wirkt ziemlich energisch und muss mit Vorsicht gebraucht werden. Bei Ohrleiden ist es neben dem Zinkpräparat, welches bei alten vernachlässigten Mittelohrcatarrhen mit Vortheil benutzt wird, ebenfalls anzuwenden. Verf. hat dessen günstige Wirkung bei Granulationen und Ohrpolypen beobachtet. In einem Falle waren im äusseren Gehörgang mehrere Polypen. Der grösste derselben wurde mit der Schlinge entfernt. Auf die anderen pustete Verf. Sozojodolzink und ätzte nach mehrtägiger Pause die Polypenköpfe mit einer Sonde, deren Knopf mit Höllenstein armirt war. Bei dieser Behandlung trat Schrumpfung der Polypen ein, so dass das Trommelfell um den Hammergriff herum sichtbar wurde. Im vorderen oberen und unteren Quadranten waren noch mehrere

Polypenköpfchen sichtbar, auf welche das Zinkpräparat aber keine Wirkung mehr äusserte. Sie blieben bestehen, wie sie waren. Nun wendete Verf. das Quecksilbermittel an, von dem nur eine minimale Menge auf die Polypen geblasen wurde. Nach einer Stunde wurde das Pulver durch Spritzen entfernt. Die Schmerzempfindung war nach dem Einblasen ziemlich lebhaft. Nachdem zum zweiten Male das Quecksilberpulver angewendet war, war das Trommelfell stark geröthet und mit Blutäderchen überzogen. Die Polypen waren verschwunden. In gleicher Weise zeigen noch andere im Original mitgetheilte Fälle, dass man sehr gut im Stande ist, mit dem Quecksilberpräparat günstig auf die Abstossung der Polypen einzuwirken. Wegen seiner energischen Wirkung ist Vorsicht nöthig. Vielleicht gelingt es auch, Nasenpolypen mit diesem Mittel zur schnellen Abstossung zu bringen. *O. R.*

1083. ***Ein Fall acuter Dacryoadenitis.*** *Von Dr.* ***Anton Elschnig,*** *Assistent an der Universitäts-Augenklinik in Graz. (Centralbl. f. prakt. Augenhk.)*

Der Fall ist nicht sowohl durch seinen Verlauf, als durch die ihm folgende Conjunctivitis interessant. Die Erkrankung war doppelseitig und verlief in etwa 8 Tagen unter Cataplasmen und Schwitzcur ohne Abscedirung. Aber es folgte eine 14 Tage dauernde Conjunctivitis, bei der Zink und Argentum nicht vertragen wurde; weder diese, noch chemische oder mechanische Reize von der Nasenschleimhaut oder vom Auge aus konnten Thränensecretion hervorrufen. Erst nachdem sich diese nach 14 Tagen wieder eingestellt hatte, ging die Entzündung der Bindehaut zurück. Verf. glaubt, dass sie durch mechanische oder chemische Schädlichkeiten die von aussen in's Auge gelangten und nicht weggespült werden konnten, verursacht worden sei. *v. Reuss.*

1084. ***Ueber die Häufigkeit der Zahncaries und deren Ursachen.*** *Von* ***J. Crichton-Browne.*** *(Lancet. 1892. II. 1. — Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 42.)*

Verf. macht für den zunehmenden Verfall der Zähne folgende Momente verantwortlich: 1. Die meist weiche Consistenz unserer Speisen, welche den energischen Kauact überflüssig macht. Damit aber geht ein wichtiger Factor für die Selbstreinigung der Zähne verloren, sowohl rein mechanisch gedacht, als auch weil dann die Speichelproduction nicht auf wünschenswerther Höhe erhalten wird; 2. unsere Gewohnheit, ungeschrotetes Brod zu essen; damit geht ein für die Bildung des Dentin sehr wichtiger Bestandtheil, das Fluorin, welches gerade in der Hülse des Brodkorns enthalten ist, verloren; 3. das moderne Leben mit seiner Hast und Unruhe und den daraus resultirenden ungünstigen Einflüssen auf die allgemeine Constitution des Menschen; 4. das Zusammenwohnen der Menschen in grossen (Städte-) Gemeinschaften, wo viele Menschen, da viele Bacterien; 5. das Tabakrauchen, der Genuss gewisser Arzneien, wie Eisen-, Salzsäure etc. Wie ist Abhilfe zu schaffen? Nur indem man die Schädlichkeiten vermeidet und die rationelle Zahnpflege so frühzeitig als möglich cultivirt; öffentliche Anstalten, wie Staatswaisen- oder Erziehungsanstalten etc., sollten mit gutem Beispiel vorangehen und die in bestimmten Zeiträumen auszuführende Zahnrevision ihrer Zöglinge sich zur Pflicht machen; ein

Gleiches müsste sodann für öffentliche und private Schulen etc. angestrebt werden. Man sollte nach dem Grundsatze verfahren, „erst die Ernährung, dann die Erziehung“.

Dermatologie und Syphilis.

1085. ***Neue Behandlungsweise der Syphilis, besonders schwerer Nasensyphilis, durch combinirte Anwendung der verschiedenen Jodalkalien.*** *Von* **Darzens.** *(Revue internat. de Rhinolog. etc. 1892. 5. — Centralbl. f. Chir. 1892. 37.)*

Unter Anführung eines auf diese Weise geheilten Falles von schwerer Nasensyphilis empfiehlt Verf. auch sonst zur Behandlung tertiärer Lues statt des einfachen Jodkali ein Gemisch von Jodkalium, Jodnatrium und Jodammonium, von der physiologischen Voraussetzung ausgehend, dass die Natrium- und Ammoniumverbindungen wegen ihrer grösseren Löslichkeit eher zur Ausscheidung durch die Nieren gelangen, als das Jodkalium, und diesem dadurch ein längeres Verweilen im Körper ermöglicht wird. Verf. hat durch die Harnuntersuchung die Bestätigung seiner Annahme gefunden und verweist auf die Analogie der erhöhten Wirksamkeit der vereinigten Bromverbindungen gegenüber dem einfachen Bromkalium.

1086. ***Ueber die Behandlung der Gonorrhoe mit Ichthyol.*** *Von Dr.* **Jadassohn.** *Aus der dermatologischen Klinik von Prof. Neisser zu Breslau. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 38 u. 39.)*

Um die Erfolge einer antigonorrhoischen Behandlung klinisch zu prüfen, muss nach Verf. die Untersuchung des Secretes vorgenommen werden, nachdem das erkrankte Organ möglichst lange in Ruhe gewesen ist — also am besten am Morgen vor dem Uriniren und, was leider sehr vielfach vernachlässigt wird — nach einer etwa zehnstündigen Pause in der Therapie. Es sind auch die Entzündungsproducte der Urethra posterior (Fäden, Flocken, diffuse Trübung) mikroskopisch zu untersuchen, weil die Erfahrung lehrt, *a)* dass es Fälle gibt, in denen die Urethritis posterior noch Gonococcen enthält, während sie im Secret der U. anterior schon verschwunden sind, *b)* aber auch solche, in denen das umgekehrte Verhältniss statthat — man findet im Secret der Urethra anterior Gonococcen, in dem der Urethra posterior vermisst man sie selbst bei eifrigem Suchen, auch dann, wenn noch keine Therapie eingewirkt hat. Die antiparasitären Injectionen und Spülungen sind möglichst lange fortzusetzen und das Urtheil „geheilt“ immer erst dann auszusprechen, wenn eine Pause in der specifischen Behandlung stattgefunden hat.

Es wurden für die Urethritis anterior 1—5procentige, für die — erfahrungsgemäss stärkere Concentration vertragende — Urethritis posterior, wie für die Urethra des Weibes 1—10procentige, für den Cervicalcanal meist 10procentige Lösungen benützt, die letztere zweckmässig mit einem Zusatz von Glycerin. Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Das Ichthyol wird in 1—5procentiger Lösung von der Urethra anterior des Mannes, in 1—10procentiger von der Urethra posterior des Mannes, der Urethra und dem Cervicalcanal des Weibes gut vertragen. In späterer Zeit

ist Verf. bei der Urethra anterior bis zu 7½ Procent, in der Urethra posterior bis zu 20 Procent, beim Weibe in Urethra und Cervix bis zu der unverdünnten Lösung gestiegen, ohne stärkere Schmerzen hervorzurufen. Bei Frauen wurde ausser der wässerigen Lösung auch ein Zusatz von 10 Procent Glycerin benützt. Einprocentige Lösungen brennen nur sehr unbedeutend, meist gar nicht; auch bei den stärkeren tritt (bei der Urethritis anterior des Mannes) sehr bald eine vollständige Gewöhnung ein, vor Allem, wenn man allmälig mit der Concentration steigt. 2. 1procentige Lösungen des Ichthyols haben eine zweifellos sehr beträchtliche antigonorrhoische Wirkung. Aus den Tabellen geht hervor, dass in der bei weitem überwiegenden Mehrzahl der Fälle unter dem Ichthyol die Gonococcen schneller als bei den meisten anderen Mitteln (Resorcin, schwache Sublimatlösung, Kalium hypermanganicum etc.) aus dem Secret verschwinden. 3. Wie bei jedem anderen antigonorrhoischen Mittel, so gibt es auch beim Ichthyol Fälle, welche sich refractär verhalten, — sei es, dass die Gonococcen bei jedem Versuch, die Behandlung auszusetzen, wieder erscheinen, sei es, dass sie überhaupt gar nicht verschwinden. Aber diese Fälle sind im Vergleich zu anderen Mitteln spärlich. 4. Das Ichthyol hat die Eigenschaft, die eiterige Secretion relativ schnell in eine dünnflüssige, mehr seröse zu verwandeln; in späteren Stadien tritt eine grosse Anzahl von Epithelien in den Präparaten auf. Vor Allem die letzterwähnte Wirkung ist, wie *Neisser* stets besonders betont hat, eine sehr erwünschte; denn einmal beweist sie ein Abklingen der rein entzündlichen Erscheinungen — dann aber dürfen wir uns wohl vorstellen, dass durch die starke Abstossung der Epithelzellen Coccen, welche zwischen den tieferen Schichten derselben liegen, leicht an die Oberfläche gebracht und eliminirt, und dass auf der anderen Seite durch diese Desquamation dem Arzneimittel selbst der Zutritt zu solchen tieferen Coccenherden erleichtert wird. 5. Für die Praxis ist das Ichthyol gut verwendbar, weil es nicht zu theuer ist, weil die Flecken, die es in der Wäsche macht, leicht auszuwaschen sind. Der Geruch ist in den dünnen Lösungen so wenig auffallend, dass er auch in der Privatpraxis nie gestört hat.

1087. ***Ueber Losophan.*** *Von Dr.* ***Edmund Saalfeld,*** *Berlin. (Therap. Monatsh. 1892. Oct.)*

Verf. versuchte das von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. erzeugte Präparat „Losophan“ auf dermatologischem Gebiete. Das „Losophan“ ist chemisch als ein Trijodkresol anzusehen. Es entsteht bei der Einwirkung von Jod m-Oxytoluylsäure bei Gegenwart einer genau berechneten Menge Alkali. Das Reactionsproduct von der Formel $C_6HJ_3 . CH_3 . OH$ stellt weisse Nadeln dar, vom Schmelzpunkt 121·5. Es ist löslich in Alkohol — wenn auch schwer —, leicht in Aether, Benzol, Chloroform. In der Wärme (60°) wird es auch von fetten Oelen leicht aufgenommen. In verdünnter Natronlauge löslich, verändert sich das Losophan durch concentrirte Lauge zu einem grünlich-schwarzen, amorphen Körper, der dann in Alkohol nicht mehr löslich ist. Das Losophan verbrennt vollständig unter Abgabe von Joddämpfen. Es enthält rund 80 Procent Jod. Eine 1procentige Lösung in einer Mischung

von 75 Procent Spiritus und 25 Procent Wasser wurde bei der ansteckenden Bartflechte auf die erkrankten Partien täglich 2- bis 3mal vermittelst eines Borstenpinsels eingerieben, dabei wurde auch, wenn es nöthig war, epilirt. Von der Mycosis tonsurans des Gesichtes und Körpers (nicht behaarten Kopfes) kamen im Ganzen 16 Fälle zur Behandlung mit Losophan. Hiervon wurden 13 Pat. definitiv geheilt, während bei den 3 übrigen eine fortschreitende Besserung eintrat. Diese 3 Patienten entzogen sich, als die subjectiven Symptome sich besserten, d. h. das Jucken nachliess und das entstellende Aussehen geschwunden war, der Behandlung. Von 3 Kindern mit Herpes tonsurans des behaarten Kopfes wurde 1 geheilt. 3 Kranke mit Sycosis parasitaria erfuhren ebenfalls bedeutende Besserung. Bei einem noch in Behandlung befindlichen, seit ungefähr 3 Jahren bestehenden Falle von Onychomycosis tonsurans zeigt sich eine allmälige Besserung. Bei der Pityriasis versicolor wurde Losophan als 1- und 2procentige Lösung und in einem Falle als Salbe (1 : 30) ebenfalls mit Erfolg angewandt. Beim Eczem stellte sich heraus, dass das Losophan auf die entzündete Haut ausserordentlich energisch einwirkt und hierbei leicht Reizung verursacht, so dass es mehrfach ausgesetzt werden musste, dass es dagegen andererseits auf chronische Infiltrationen und auf den Juckreiz der Haut von gutem Einflusse ist. Hier kam Losophan stets als Salbe zur Anwendung, und zwar in 1—2procentiger Stärke mit Vaselin. flav. oder mit Lanolin, dem 20 Procent Vaselin zugesetzt waren. Es wurden mit Losophan mit möglichstem Erfolg behandelt, ein Eczema siccum des Rückens, respective beider Hände und Vorderarme bei zwei Kindern, und des Halses, respective des Penis, Scrotums und der angrenzenden Partien bei zwei Erwachsenen; ferner ein Eczema siccum en plaques des Gesichtes bei einem jungen Manne und ein ebensolches des Gesichtes, Nackens und der oberen Extremitäten bei einer 29jährigen Frau. Bei einer Reihe von Dermatonosen zeigte sich das Losophan nützlich, ohne dass man in allen Fällen, wie es in der Natur der betreffenden Affectionen liegt, auf einen vollkommenen Erfolg hoffen durfte. Die gute Wirkung, welche das Mittel bei den in Frage stehenden Krankheiten zeigte, äusserte sich in dem Schwinden von Infiltraten der Haut, die durch verschiedenartige Krankheiten bedingt waren, ferner in der Milderung des Juckreizes. Am deutlichsten zeigte sich diese Einwirkung bei mehreren Fällen von Prurigo.

Eine, wenn auch nicht so deutliche juckmildernde Wirkung wie bei einer Anzahl von Eczem- und Prurigofällen zeigte sich bei einigen Fällen von Pruritus cutaneus, bei denen eine äussere Ursache nicht nachzuweisen war. Hier wurden durch Betupfen mit 1procentiger Lösung, respective in zwei Fällen durch Anwendung einer 2- und 3procentigen Salbe eine Milderung der Beschwerden hervorgerufen, während eine völlige Beseitigung des Juckens, wie vorherzusehen, nicht herbeigeführt werden konnte. Ungleich geringer war die juckmildernde Wirkung des Losophan bei der Urticaria. Es kam hier eine 2—3procentige Salbe, respective 1procentiger Spiritus zur Anwendung. Bei Sycosis vulgaris wurde das Losophan in 6 Fällen zur Anwendung gebracht. Verf. ging nur mit Zagen an die Versuche bei der Sycosis, da bekannt-

lich gerade hierbei die Haut häufig so ausserordentlich reizbar ist und bei der Anwendung irgend eines differenten Mittels mit einer heftigen Entzündung reagirt. Diese Befürchtung stellte sich bei einem Patienten, dessen ganze Gesichts- und Halshaut von der Krankheit eingenommen, dessen Haut in hohem Masse irritabel war, als richtig heraus. Besser waren die Erfolge bei Acne vulgaris und Acne rosacea, wo bei Anwendung von 1—3procentiger Losophansalbe und -lösung stets Besserung eintrat, ohne dass hierbei, ausser nach zu langer Anwendung des Mittels, eine wesentliche Reizung sich zeigte. Verf. resumirt seine Erfahrungen dahin: Das Losophan ist in der oben geschilderten Anwendungsweise von günstigem Einflusse bei den am häufigsten vorkommenden Dermatomycosen, dem Herpes tonsurans und der Pityriasis versicolor und den durch Epizoen bedingten Erkrankungen, bei welchen in einer Reihe von Fällen völlige Heilung erzielt ist. Ferner hat sich das Losophan als erfolgreich bei der Behandlung von Prurigo, einigen Fällen von chronischen, infiltrirten Eczemen, Sycosis vulgaris, Acne vulgaris und rosacea bewährt. Eine wenn auch in geringerem Masse günstige Einwirkung wurde ferner bei einigen Fällen von idiopathischem Pruritus cutaneus constatirt. Von geringerem Nutzen als palliatives, juckmilderndes Mittel war die Anwendung des Losophan bei der Urticaria, ohne jeglichen Erfolg bei der Behandlung der Psoriasis vulgaris und syphilitischen Primäreffecten. Die Secret verringernde Wirkung des Losophan in Form eines Streupulvers ist nicht sehr bedeutend und steht der anderer, sonst gebräuchlicher Mittel im Ganzen nach. Contraindicirt erscheint der Gebrauch des Losophan bei allen acut entzündlichen Erkrankungen der Haut, bei denen das Losophan auch in schwacher Concentration sehr leicht eine Reizung hervorruft. *Loebisch.*

1088. ***Der Gonococcus Neisser auf der Platte und in Reincultur.*** *Von Prof. Dr.* ***C. Gebhardt,*** *Berlin. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 11. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 43.)*

Verf. gelang es in 7 Fällen weiblicher Urethral- und Cervicalgonorrhoe und 1 Falle von Ophthalmoblennorrhoea neonat. den Gonococcus Neisser auf der von *Wertheim* angegebenen Mischung von Menschenblutserum und Fleischinfuspeptonagar (1 : 2) in Reincultur zu züchten. Die Gonococcencolonien sind, auf der Platte bei Körpertemperatur gezüchtet, 24 Stunden nach der Impfung als kleinste weissgelbe Pünktchen sichtbar und sind am 3. Tage bereits so gross, dass man mit blossem Auge ihre unregelmässige Gestalt wahrnehmen kann. Bei 15facher Vergrösserung stellen alsdann die tiefliegenden Colonien eine scharf begrenzte, unregelmässig gestaltete Masse dar, aus deren Centrum halbkugelige, später mehr längliche fingerartige Ausläufer in verschiedenen Etagen vorspringen. Die Farbe der Colonien ist erdbraun, sie beruht auf Interferenzvorgängen, nicht auf Pigmentbildung. Das Wachsthum der Colonien hört etwa nach einer Woche auf, nachdem dieselben wenig über stecknadelkopfgross geworden sind. Die weniger charakteristischen oberflächlichen Colonien bilden hellbraune glasige Häutchen von gemessener Dimension mit scharfer unregelmässig gezackter Begrenzung. Auf schräg erstarrtem Nährboden erscheinen schon 12 Stunden nach der Impfung glasig durchscheinende, ziem-

lich fest haftende Tröpfchen, welche Neigung haben zu confluiren, bisweilen ist ihre Form nicht ganz kreisrund, sondern mehr rosettenartig. Die diesen Colonien entnommenen Coccen zeigen gegenüber den verschiedenen Färbungsmethoden dasselbe Verhalten, wie die Gonococcen; ihre Grösse ist eine wechselnde, und zwar scheint dieselbe theils von dem Alter der Coccen, theils von der Beschaffenheit des Nährbodens abzuhängen. Impfung auf die menschliche Urethra ergab „einen unter den klinischen Erscheinungen der Gonorrhoe verlaufenden, eiterigen Schleimhautcatarrh, in dessen Product Gonococcen in ihrem typischen Verhalten an den Zellen bacterioskopisch nachweisbar sind".

1089. ***Die Behandlung der Verbrennungen mit Thiol.*** *Von* ***A. Bidder.*** *(Arch. f. klin. Chir. Bd. XLIII, pag. 23—31. — Centralbl. f. Chir. 1892. 42.)*

Die Aufgabe der ärztlichen Behandlung bei den verschiedenen Graden der Verbrennung kann nur darin bestehen, dass man jede Reizung und namentlich jede Infection von aussen von den geschädigten Geweben fernhält, damit die physiologische Reaction der angrenzenden Gewebe ungestört die Wundheilung besorgen könne. Dieser Aufgabe entspricht nach den Erfahrungen Verf.'s in vorzüglichster Weise das Thiol, ein zu den sulphonirten ungesättigten Kohlenwasserstoffen gehöriger Körper. Das Thiol wird in zweifacher Form in den Handel gebracht: erstens als Thiolum liquidum und zweitens als Thiolum siccum, ein braunes Pulver, das durch Wasserzusatz sehr leicht in die flüssige Form gebracht werden kann. Das Mittel wirkt reducirend, austrocknend, gefässverengernd, verhornend, schmerzstillend, reizt niemals, hemmt aber das Wachsthum gewisser inficirender Organismen, wie es scheint hauptsächlich der verschiedenen Streptococcusarten. Bei einer Verbrennung 1. Grades und auch bei einer solchen 2. Grades — wenn die Blasen noch unverletzt sind — ist denn auch weiter nichts nöthig, als dass man Brandstellen und Umgebung mit Thiolum liquidum, welches ungefähr mit gleichen Theilen Wasser verdünnt ist, bepinselt und das Ganze mit einer ziemlich dicken Schicht gewöhnlicher, feiner, nicht entfetteter Watte bedeckt. Eine Binde dient zum Schutz der Watte gegen Verschiebungen etc. Unter diesem Verbande schwindet die Schmerzhaftigkeit schnell, und unter Wohlbehagen verliert sich die active Hyperämie in kurzer Zeit. Der Inhalt der Brandblasen wird theils resorbirt, theils trocknet er ein und man hebt ihn dann nach circa 8 Tagen mit dem Verbande als glasige bernsteinähnliche Masse von dem darunter liegenden Corium ab, welches letztere um diese Zeit schon mit einer dünnen Epidermisschicht überzogen ist und daher ganz trocken erscheint. Sind schon schädigende Heilversuche gemacht, die Brandwunden und die Brandblasen bereits zerstört worden, so handelt es sich darum, die Wunden so gut als möglich zu desinficiren und dann den oben beschriebenen Verband in gleicher oder etwas veränderter Weise anzulegen. Auch in diesen Fällen, wenn sie frisch sind, soll die Blasenwand nicht weggeschnitten, sondern die verbrannte Stelle nebst Umgebung nur mit Sublimatwasser abgespült, mit Thiolum liquidum bepinselt, mit Watte bedeckt und mit einer Binde umwickelt werden. In älteren vernach-

lässigten Fällen dagegen, wo nur Reste der Blasen vorhanden sind, oder wo in denselben bereits eiterige Flüssigkeit zu sehen ist, thut man besser, die Blasenmembran wegzuschneiden und das Corium blosszulegen. Nach Abspülung des Ganzen pinselt man flüssiges Thiol auf oder pudert auf die Wundfläche und ihre Umgebung zunächst etwas reine Salicylsäure oder Borsäure und dann das Thiolum siccum. Es folgt die Bedeckung mit einer Watteschicht. Die schmerzstillende Eigenschaft des Thiols erweist sich besonders vortheilhaft bei Verbrennungen 3. Grades. Auch hier, wo das Thiolum siccum am Platze ist, hat nur eine Desinfection, Bepuderung mit Salicyl- oder Borsäure und Thiol oder mit letzterem allein und Bedeckung mit Watte stattzufinden, um in kürzester Frist (unter 1—2 Verbänden) und bei bestem Wohlbefinden der Pat. eine Heilung unter dem trockenen Schorfe zu gewährleisten.

1090. ***Infectiöse Angiomata und Lymphangiomata.*** *Von Dr.* ***Hutchinson.*** *Vortrag, gehalten am II. internationalen dermatologischen Congress in Wien. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 1021.)*

Verf. demonstrirt Photographien von einem 18jährigen Mädchen, das bei der Geburt keinen Nävus hatte, aber in der Kindheit einen vasculären Fleck am Rande der Achselhöhle bekam, der von *Mac Cormac* excidirt wurde. Nach der Operation blieb an dieser Stelle eine Wunde zurück; bald darauf traten Bündel von rothen Blutgefässen und Gruppen von Lymphgefässen in der benachbarten Haut auf, die sich durch Infection auf die obere Hälfte der Mamma ausbreiteten. In diesem Zustande wurde das Bild 10 Jahre nach der Excision der sogenannten Nävi aufgenommen. Es ist dies eine seltene Affection, von der Verf. 12 Fälle gesehen hat. Manchmal, aber nicht immer, ist dieselbe mit einem congenitalen Nävus verbunden. Die Erkrankung beginnt gewöhnlich in der Kindheit. Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Affection infectiös ist und dass sie sich theilweise serpiginös, hauptsächlich aber durch Bildung von Satelliten ausbreitet. Anatomisch handelt es sich um Lymphangiome, klinisch hat die Krankheit, nach Verf., Verwandtschaft mit dem Lupus. Auch die Behandlung ist die gleiche wie beim Lupus — Auskratzung, Excision, Cauterisation.

1091. ***Ueber tardive Syphilis.*** *Von Prof. Dr.* ***I. Neumann,*** *Wien. Vortrag am 2. dermatologischen Congress zu Wien. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 44.)*

Nach Verf. tragen zunächst schlechte hygienische und klimatische Verhältnisse, Alkoholismus, constitutionelle Erkrankungen, gar keine oder ungenügende Behandlung der Frühformen zum Entstehen der tertiären Lues bei. Verf. fasst die tertiäre Syphilis nicht ausschliesslich im Sinne *Virchow's* als Metastase auf, sondern es seien in den weitaus meisten Fällen in den Geweben zurückgebliebene Exsudatreste, die unter dem Einfluss der oben genannten Ursachen in erneute Proliferation gerathen. Die tertiäre Syphilis betrage 6·82 Procent der Gesammtsyphilis, wie aus einer Statistik von 9742 Fällen auf seiner Klinik hervorgehe. Weitaus am häufigsten trete sie im 3. Jahre nach der Infection auf. Jedoch schwanke dies innerhalb weiter Grenzen. Am häufigsten kommen Affectionen der Haut, Schleimhäute und Knochen zur Beobachtung. Was nun die in gewissen Ländern, z. B. Norwegen, Dalmatien, vor Allem

aber Bosnien und der Herzegowina vorkommende sogenannte endemische Syphilis betreffe, so sei dieses keine Krankheit sui generis, sondern vielmehr eine gewöhnliche, deletär verlaufende, tertiäre Syphilis. Einzelne Fälle gehörten vielleicht der Syphilis hereditaria tarda an. Eine erhebliche Uebertragung auf spätere Generationen sei nicht erwiesen. Das Verhalten im Blute komme dem in der Secundärperiode ziemlich nahe: constant sei der herabgesetzte Hämoglobingehalt, weniger auffallend die Verminderung der rothen und Vermehrung der weissen Blutkörperchen. In der Discussion bemerkt *Neisser* (Breslau), dass die tertiären Symptome nicht contagiös seien. Er glaubt nicht recht, dass es Toxine seien, sondern vielmehr abgeschwächte Bacillen. Auch er glaube auf das Entschiedenste, dass mangelnde Behandlung das Vorwiegen von tertiären Symptomen beeinflusse. Bei der Aufstellung einer Statistik dürften die Fälle von Tabes und Dementia paralytica nicht ohne Weiteres eingereiht werden. *Neisser* wünschte den Krankheitsbegriff Lues hereditaria tarda allmälig ganz verschwinden zu sehen, weil er fast ausschliesslich auf Irrthümern und auf Uebersehen der primären früheren Infection beruhe. Auch *Neumann* gibt zu, höchst selten und auch dann nicht ganz einwandfreie Fälle von Lues hereditaria tarda gesehen zu haben.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

1092. ***Ein Behelf bei der mikroskopischen Untersuchung der Fäces.*** *Von Dr.* **Max Herz**, *Secundararzt im k. k. allgem. Krankenhause in Wien. (Centralbl. f. klin. Med. 1892. 42.)*

Verf. findet für die mikroskopische Untersuchung von Fäces die Anwendung der Centrifuge besonders vortheilhaft, indem entsprechend dem verschiedenen specifischen Gewichte der einzelnen Bestandtheile Schichtung derselben unter dem Einflusse der Centrifugalkraft eintritt. Dabei ist fast bei allen Stühlen der Zusatz einer Flüssigkeit nothwendig. Am besten dient hierzu eine geringe Menge 5procentiger Carbollösung, welche nicht nur desinficirt, sondern auch den lästigen Geruch der Fäces mildert. Um gut centrifugiren zu können, müssen die Fäces mit der verdünnenden Flüssigkeit, eventuell auch Wasser, gut verrieben werden. Das Gemenge löst sich dann in eine Anzahl scharf von einander getrennter, durch ihre verschiedene Färbung auffallender Lagen auf. Ganz oben schichtet sich eine trübe, von Bacterien wimmelnde Flüssigkeit auf. Darunter lagern sich die mächtigen Massen unverdauter Cellulose. Hierauf folgt oft ein schwarzer Ring, welcher fast ausschliesslich aus noch quergestreiften Muskelfasern besteht. Unterhalb desselben, beiläufig ein Achtel der ganzen Säule einnehmend, befindet sich eine Reihe schmaler Schichten, welche die spärlichsten, aber diagnostisch wichtigsten Bestandtheile von einander gesondert enthalten, wie Rundzellen, Clostridien, Stärke etc. Man erhält auf diese Weise schon makroskopisch einen Ueberblick über die Zusammensetzung des betreffenden Kothes. Zur mikro-

skopischen Untersuchung entnimmt man mit einer langgespitzten Pipette Proben aus den einzelnen Schichten. *O. R.*

1093. ***Choleraleichenbefunde.*** *Von Dr.* ***Simmonds.*** *Vortrag im ärztlichen Verein zu Hamburg, 1. November 1 92. (München. med. Wochenschr. 1892. 45.)*

Der Vortr. gibt eine Uebersicht der a· atomischen Befunde, bei Sectionen von circa 300 Choleraleichen im Alten Allgemeinen Krankenhause. Im Allgemeinen fiel zunächst auf, dass bei den im algiden Stadium Verstorbenen die Fäulniss viel später eintrat, als bei den später Gestorbenen. Im Centralnervensystem fanden sich einmal frische punktförmige Hämorrhagien im Pons, sonst im Allgemeinen nichts Abnormes. Nach Eröffnung der Körperhöhlen fiel zunächst die fettige, seifenartige Beschaffenheit der Organüberzüge (Pleura, Peritoneum) auf. An der Hinterfläche des Herzens fand man auf dem Epicard fast constant punktförmige Blutungen, jedoch nur, wenn die Kranken bis zum 3. oder 4. Krankheitstage gestorben waren. Am Endocard sah man solche Blutungen nur selten; das Myocard war niemals verändert. Das rechte Herz war bei intravenös Infundirten dilatirt und stärker gefüllt. Die früher beschriebene Bluteindickung hat Vortr. nicht gesehen. In den Lungen waren unter 152 Secirten 62mal pneumonische Infiltrate, und zwar 4mal lobärer Natur, 58mal lobulär. Die Infiltrate wurden schon am 3. Krankheitstage beobachtet, am häufigsten allerdings nach dem 5. Tage. 9mal waren Erweichungsherde in den Infiltraten, enthaltend Eiter und necrotische Lungenpartikel. 1mal war im Anschluss an solche Erweichung allgemeine Pyämie mit multiplen Herden entstanden. Multiple Hämorrhagien im Lungengewebe sah Vortr. besonders oft bei intravenös Infundirten. In einem Falle bestand starkes Glottisödem, das auch als Todesursache anzusprechen war. Im Abdomen fiel stets eine starke Hyperämie der Darmserosa auf, besonders bei den im algiden Stadium verstorbenen Personen. Das Peritoneum war nur 4mal entzündlich verändert. Die Leber war fast immer unbetheiligt. Dagegen fiel an der Gallenblase bei den in späteren Stadien Verstorbenen die helle Farbe der Galle auf, die manchmal fast wasserklar erschien. Die Schleimhaut der Gallenblase war häufig mit Ecchymosen bedeckt. Die Milz war gewöhnlich klein, jedenfalls nicht vergrössert; dieselbe enthielt bei den daraufhin untersuchten Fällen niemals Bacillen (im Gegensatz zur Typhusmilz). Die Nieren erwiesen sich constant sehr verändert, oft schon, wenn die Krankheit nur wenige Stunden gedauert hatte. Dieselben wiesen die als „Choleraniere“ bekannte typische Alteration auf. Anfangs erscheinen die Epithelien der gewundenen Harncanälchen nur geschwollen, später sind die Zellgrenzen ganz verwischt und nur die Kerne bleiben bis zuletzt deutlich. Die Epithelien gehen schliesslich bis auf die Kerne ganz zu Grunde und es bleibt von ihnen nur eine körnige amorphe Masse über. In diesen Stadien treten auch hyaline Cylinder auf. Die Regeneration scheint nur sehr langsam vor sich zu gehen. Der ganze Process ist nicht als Entzündung, Nephritis, aufzufassen, sondern als Necrose der Nierenepithelien, jedoch ohne Kernschwund. Auf der Nierenbeckenschleimhaut finden sich, besonders in späteren Stadien, Hämorrhagien, ebenso in den Ureteren

und in der Blase. Zuweilen kam es direct zu Hämaturie. Einmal sah Vortr. einen Abscess der Prostata. In der Vagina fanden sich in einem Drittel aller weiblichen Verstorbenen Schorfe von gelbbrauner Farbe, die zu Ulcerationen, bisweilen sogar Gangrän der Vaginalschleimhaut geführt hatten. Viele der weiblichen Choleraleichen waren Gravidae oder Puerperae. In den betreffenden Früchten konnten niemals Commabacillen gefunden werden, überhaupt auch keine Choleraveränderungen, so dass ein Uebergang der Cholera auf den Fötus nicht vorzukommen scheint. Die Befunde am Darm deckten sich mit den bekannten, wie sie zuletzt von *Koch* in der Choleraconferenz geschildert worden sind. Im Darminhalt wurden in frischen Fällen constant Commabacillen gefunden, besonders bei Anwendung des Culturverfahrens, während sie bei mikroskopischer Untersuchung oft nur spärlich zu finden waren. Die grösste Menge war stets im untersten Abschnitt des Ileum. Bis zum 6. Krankheitstage fehlten die Bacillen nie; vom 6.—11. Tage waren sie etwa noch in der Hälfte der Fälle vorhanden; später immer seltener, doch konnte Vortr. sie einmal auch noch am 18. Tage constatiren. Die als geheilt aus dem Krankenhause Entlassenen wurden alle vor der Entlassung auf Commabacillen im Darminhalt untersucht. Es mag erwähnt werden, dass sich in keinem dieser Fälle ein positives Resultat ergeben hat. Von Complicationen mit anderen Infectionskrankheiten erwähnt Vortr. einen Fall von Typhus und Cholera, wo er im Darminhalt Cholerabacillen und in der Milz Typhusbacillen nachweisen konnte. Die Darmschleimhaut zeigte neben der typischen Choleraveränderung ausgedehnte markige Plaques im Ileum. Zum Schluss betont Vortr., entgegen den Ausführungen von *Klebs*, dass der anatomische Befund bei Cholera als solcher nichts Charakteristisches biete, auch nicht der Befund an den Nieren, und dass nur die bacteriologische Untersuchung für die Diagnose entscheidend sei.

1094. ***Der Athemmechanismus bei den Sängern.*** *Von Dr.* ***Joal.*** *(Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 1892. 8, 9, 10. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 10.)*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass das Athmen während des Singens durch Erweiterung der unteren Thoraxpartie sich machen soll. Das Claviculumathmen sei nur ausnahmsweise zu gestatten, so z. B. bei Fehlern, welche entweder angeboren oder durch zu starkes Schnüren hervorgebracht sind. Männer wie Frauen sollen beim Singen die untere Thoraxpartie ausdehnen, dabei das Abdomen leicht einziehen und die oberen Rippen nebst Clavicula im Zustande der Ruhe lassen; junge Mädchen sollen also, wenn sie Sängerin werden wollen, nicht stark schnüren. Bei Sängerinnen soll man aber andererseits das als das beste oben genannte Athmen nicht mit aller Gewalt wollen durchführen, sondern wenn man sieht, dass das untere Thoraxathmen durchaus nicht gelingt, soll man von weiteren Versuchen abstehen; Verf. erzählt ein Beispiel, wo eine gute Sängerin durch die Halsstarrigkeit des Gesangslehrers ihre Stimme einbüsste, währenddem sie beim Claviculumathmen durch ihren Gesang glänzte. Alle Experimente beweisen übrigens, dass beim Bauchathmen viel mehr Luft in die Lungen dringt als beim Claviculumathmen und das allein genügt als Beweis. Die

Kunst des geschulten Sängers besteht nun darin, dass er immer nur so viel der eingeathmeten Luft durch die Glottis ausströmen lässt, als genau zur Production des gewollten Tones nothwendig ist. Während des Singens dürfen die Inspirationsmuskeln nicht erschlaffen (Fehler, den die ungeschulten Sänger begehen), sondern sie müssen mit einer gewissen, den geübten Sängern eigenen Kunst contrahirt bleiben, um die Töne länger anhalten und die Stimme moduliren zu können; dass dieses sich am besten durch die inspiratorischen Tonmuskeln bewerkstelligen lässt, liegt auf der Hand, und dies ist ein neuer Beweis, dass die untere Costalathmung beim Singen nothwendig ist; denn das beim Bauchathmen allein thätige Zwerchfell kann diese Modulation nicht vollführen. Das Einziehen der Bauchmuskeln beim Inspirium während des Singens darf nicht so ausgesprochen sein wie beim Claviculararthmen, sondern nur so viel es zur Fixirung der Baucheingeweide nothwendig ist; beim Exspiriren treten die Bauchdecken auch sehr wenig hervor, denn es sind meistens die Hypochondrien, welche sich einziehen. Verf. zählt eine grosse Anzahl Sänger und Sängerinnen auf, welche alle das Thoraxathmen mit leicht eingezogenem Abdomen beim Singen gebrauchen, und das mit dem grössten Erfolg, er zeigt auch spirometrisch an vier Serien von Sängern und Sängerinnen, dass beim Athmen der unteren Thoraxpartien mit leicht eingezogenem Unterleib am meisten Luft in den Thorax aufgenommen und mithin bedeutende Vorzüge beim Singen geschaffen werden. Da der Thorax nun auch als Resonator beim Singen dient, so ist ja auch klar, dass durch das oben angegebene Athmen der möglichst beste Resonator geschaffen wird.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

1095. ***Studie über urinäre Infection.*** *Von* ***J. Denys.*** *(Bull. de l'Acad. Roy. de méd. de Belg. 1892. 1. — Centralbl. f. Chir. 1892. 42.)*

Im Anschluss an die Arbeiten von *Morelle, Albarran* und *Halle* (1888), *Rovsing* (1890), *Doyen, Achard* und *Renault* (1891), *Krogius* (1891) und *Reblaud* (1891) hat Verf. 15 Fälle von Infection der Harnwege auf's Genaueste untersucht, besonders die Blase und den Urin. Als Ursache der Entzündung fand er: 1. den Bacillus lactis aerogenes für sich allein 15mal, 2. denselben mit anderen Mikroorganismen zusammen 2mal, 3. den Streptococcus pyogenes allein 3mal, 4. den Staphylococcus pyogenes allein 3mal, 5. den Bacillus der Tuberculose 2mal. Verf. meint, es sei an der Zeit, die frühere Classification (catarrhalische, eiterige und tuberculöse Cystitis) aufzugeben und die Cystitis nach ihrem Bacillus zu benennen; dies sei um so bequemer, als man durch mikroskopische Untersuchung in der leichtesten Weise den oder die Arten der Mikroorganismen feststellen könne.

1096. ***Improvisiren bei bacteriologischen Arbeiten.*** *Von Prof.* ***v. Esmarch.*** *(Hygien. Rundschau. 1892. 1. Aug. — Der prakt. Arzt. 1892. 10.)*

Verf. gibt in der vorliegenden Arbeit eine Anzahl Winke, die es auch dem Arzte, der nicht im Besitze eines bacteriologischen

Laboratoriums ist, ermöglichen, bacteriologische Untersuchungen anzustellen. Unter den bacteriologischen Aufgaben, welche an den praktischen Arzt herantreten, nimmt das Anfertigen eines einfachen gefärbten Deckglaspräparates wohl die erste Stelle ein. Will man bequemer Weise das Präparat direct am Krankenbette machen, so geschieht dies am einfachsten auf folgende Weise. An Stelle der Platinnadel genügt eine Stecknadel; man sterilisirt dieselbe über einer Spirituslampe, die man sich zum bequemen Mitnehmen auf die Praxis leicht aus einem Reagensglas, aus einem Stück Glasröhrchen, das in einem durchbohrten Korken steckt, und einem Baumwollfaden zusammenstellen kann. (Es genügt auch eine Petroleumlampe.) Die Deckgläschen, deren man benöthigt, finden ein sicheres Plätzchen unter dem Rückendeckel der Taschenuhr. Zur Färbung der Präparate halte man concentrirte alkoholische Lösung vorräthig, die man durch Zusatz von destillirtem Wasser selbst entsprechend verdünnen kann. Zur Herstellung des destillirten Wassers benutzt man folgenden kleinen improvisirten Destillationsapparat. 2 Reagensgläser sind durch eine gebogene Glasröhre verbunden, Das eine, das Aufsaugegläschen für das destillirte Wasser, wird zum Zwecke der Condensation des Dampfes in ein Glas kalten Wassers gestellt, das andere, wasserenthaltende durch die Spiritusflamme erhitzt. Eine andere empfehlenswerthe Art, sich Farbstoffe in kleinen abgetheilten Dosen zur Bacterienfärbung stets vorräthig zu halten, besteht darin, dass man Filtrirpapierstreifen von circa 10 Cm. Länge und $^1/_2$—1 Cm. Breite in concentrirte alkoholische Farblösungen taucht und trocknen lässt. Zum Gebrauch übergiesse man solch einen Streifen mit etwas Wasser, und die Farblösung für etwa ein Dutzend Deckgläschen ist sofort fertig. Die trockenen Farbstreifen kann man mit der Hand anfassen, sie geben keine Farbe ab.

Zur Züchtung der Bacterien, zur Anlage von Reinculturen und zur Untersuchung derselben mittelst des Plattenverfahrens bedarf man geeigneter Nährböden und einer Reihe von Instrumenten und Gefässen. Zur Sterilisation letzterer kommt man mit einem gewöhnlichen Backofen aus; es genügt bei einer Temperatur von 200° ein Aufenthalt von 20 Minuten in demselben. Einzelne Gläser, Schälchen u. dergl. kann man auch dadurch sterilisiren, dass man sie nach Auswischen mit einem reinen Tuch mit absolutem Alkohol ausspült, den Alkohol abgiesst und den am Glase haftenden Rest ansteckt. Zur Herstellung der Nährböden verfahre man wie folgt: In einem beliebigen Kochtopf werden 100 Grm. Gelatine in 1 Liter Wasser bis nahe dem Kochen erwärmt, darauf unter Umrühren 10 Grm. Pepton, 5 Grm. Kochsalz und ein rohes Ei zugesetzt und das Ganze $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde aufgekocht bei nicht zu starkem Feuer; dann wird filtrirt und der nunmehr bereits fertige Nährboden direct in die Reagensgläser zum Aufbewahren oder zur weiteren Benutzung eingefüllt. Will man die Nährböden aufbewahren, so muss man dieselben noch im Dampf sterilisiren. Dazu ist ein Dampfkochtopf nöthig, der aus einem einfachen blechernen Cylinder (20 : 25 Cm.) mit durchlöchertem Boden und abnehmbarem Deckel besteht; am unteren Theile des Cylinders ist ausserdem ein kleiner vorspringender Rand

angelöthet, so dass man den Apparat bequem auf einen in jeder Küche ja vorräthigen Kochtopf setzen kann. An Stelle der Platten benutzt man Rollröhrchen, die man am einfachsten so herstellt, dass man die Gelatine unter ständigem Rollen des Reagensglases unter Wasser erstarren lässt. Da eine Reihe von Bacterien erst bei höheren Temperaturen wächst, bedarf man eines Brutschrankes. Derselbe wird im Winter dadurch ersetzt, dass man nahe dem Ofen möglichst dicht unter der Stubendecke ein kleines Holzregal anbringt, auf welches man die Culturen stellen kann. Es herrscht an dieser Stelle meist eine genügende Temperatur. Oder man kann auch die Culturen in einem kleinen Metalletui in der Hosentasche tragen; Diphtheriebacillen wuchsen daselbst z. B. genau so gut, als wenn sie in einem Brutschrank gestanden hätten. Man kann aber auch leicht einen Brutapparat improvisiren. In einen recht hohen Kochtopf thut man zunächst eine weiche Unterlage von Watte und stellt dann mitten darauf ein grösseres Becherglas, dessen Boden man mit etwas Sand beschwert. Nunmehr wird der Kochtopf soweit mit Wasser von 35—40° gefüllt, dass das Becherglas bis an den Rand mit einem dicken erwärmten Wassermantel umgeben ist Nach oben hin wird der Abschluss durch einen Deckel bewirkt, auf den man eine Lage Watte als schlechten Wärmeleiter legt. Damit die Wasserwärme constant erhalten wird, steht das Ganze auf einem Dreifuss, unter dem eine Spirituslampe brennt.

1097. ***Ueber den Sterblichkeitsantheil der Hamburger Brauer an der Choleraepidemie von 1892.*** *Von **Th. Weyl.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 40.)*

Auf Grund einer verlässlichen statistischen Zusammenstellung, welche bis zum 25. October 1892 reicht, ergibt sich, dass von sämmtlichen 1837 an 18 verschiedenen Brauereien angestellten Personen nur 2 = 0·12 Procent an Cholera verstorben sind. Ein Fall, der nach 48 Stunden als geheilt entlassen wurde, ist wahrscheinlich Cholera nostras gewesen. Als Gründe für dies bemerkenswerthe Ergebniss führt Verf. einmal den Umstand an, dass die betreffenden Personen wohl von dem verpesteten Elbwasser wenig oder gar nichts genossen haben werden, während andererseits der Genuss des sauer reagirenden Bieres, welches die Commabacillen abtödtet, als Cholerapräservativ gewirkt haben mag. — Die Familien der Angestellten blieben wenigstens nicht von der Cholera verschont und mussten derselben den schuldigen Tribut entrichten. Unter den Bierfahrerfamilien einer einzigen Brauerei kamen folgende Todesfälle an Cholera vor:

Familie Nr.	Hausherr	Frau	Kinder
1	lebt	†	1 †
2	lebt	†	—
3	lebt	lebt	5 †

1098. ***Erection und Samenerguss bei Erhängten.*** *Von Dr. **Ebertz.** (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. III. Folge, Bd. IV, Supplementheft. — Allg. med. Central.-Ztg. 1892. 89.)*

Die Erection des männlichen Gliedes und die Samenentleerung bei Erhängten nennt *Casper-Liman* geradezu eine Fabel und verweist sie in das Bereich jener falschen Sätze, welche, ohne mit dem

Massstab der Erfahrung und der genauen Beobachtung gemessen zu sein, von einem Lehrbuch in das andere aufgenommen würden. Die Entstehung der Fabel sei auf die bei jeder faulenden Leiche wahrzunehmende Fäulnisserection des Penis zurückzuführen. Diese skeptische Ansicht geht entschieden über das Ziel hinaus, wie bereits eine Beobachtung von *Feld* (Bd. XVI der Vierteljahrschr. f. ger. Med.) lehrt. Verf. bereichert die sparsame Casuistik um eine werthvolle Beobachtung. Er sah den Leichnam eines erhängten 71jährigen Potators, spätestens 6 Stunden nach dem eingetretenen Tode. Von Fäulniss war durchaus noch gar keine Rede; Rumpf und Gliedmassen waren leichenstarr. Die Leiche stand noch in aufrechter Stellung und in ganz nacktem Zustand mit dem Rücken in der Thürecke. Das männliche Glied stand im rechten Winkel von dem Körper ab und war stark erigirt. Auf dem Boden zwischen den Füssen der Leiche befand sich ein feuchter Fleck von mehreren Centimetern im Umfang, von ejaculirtem Samen herrührend (mikroskopisch untersucht? Ref.). Spuren davon zeigten sich auch an der Vorhaut und an einem Haar des Scrotums. Verf. schliesst sich der von *Huppertz* ausgesprochenen Ansicht an, dass die Ejaculation von Samen (die übrigens auch ohne Erection vorkommen kann) nicht als Leichenerscheinung aufzufassen ist und nicht auf die gleiche Stufe mit dem bei Eintritt des Todes so häufig zu beobachtenden Abgang von Koth und Urin gestellt werden darf, sondern als ein activer physiologischer Vorgang zu betrachten ist.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

1099. *Ueber die Behandlung der Tabes dorsalis.*

Von ***E. Leyden.***

Vortrag, gehalten in der Hufeland'schen Gesellschaft am 25. Februar 1892.

(Sonderabdruck aus der Berlin. klin. Wochenschr. 1892.)

Referirt von Prof. ***Kisch*** *(Prag).*

Dieser anregende, die Gesichtspunkte des Verf. über die Therapie der Tabes dorsalis darlegende Vortrag ist berechtigt, das Interesse der weitesten ärztlichen Kreise in Anspruch zu nehmen und darum geben wir einen Auszug, welcher die einzelnen Behandlungsmethoden skizzirt:

1. Die specifische, directe Behandlung der Tabes betreffend, betont Verf., dass keine von den verschiedenen Methoden im Stande ist, den anatomischen Process auch nur theilweise rückgängig zu machen. Dies gilt von den Medicamenten, wie Argentum nitricum, Jodkalium, welch letzteres Verf. zur Linderung der Schmerzen empfohlen hat, ferner Auro-natrium chloratum, Arsen, Secale, Strychnin; aber auch von der Anwendung des Quecksilbers. Verf. gehört zu denjenigen Autoritäten, welche den syphilitischen Ursprung der Tabes unbedingt in Abrede stellen und der Hauptgrund liegt darin, dass die positive Beweisführung

Derjenigen, welche die syphilitische Theorie verfechten, sich auf weiter nichts stützt als auf die Statistik, welche aber unter keinen Umständen als hinreichender Beiweis angesehen werden dürfe. Die specifische Reaction des Quecksilbers fehlt in den Fällen von Tabes, denn von demselben wie vom Jodkali ist es bekannt, dass sie auf die Tabes, gleichgiltig ob Syphilis anamnestisch nachgewiesen war oder nicht, keinen merklichen Einfluss üben. Verf. hat nie etwas von diesbezüglichen antisyphilitischen Curen Günstiges gesehen, höchstens illusorische, vorübergehende Erfolge, und es ist dabei auch in Betracht zu ziehen, dass manche diagnostische Fehler unterlaufen können, und manche Fälle von Neuritis, die mit Quecksilber behandelt und geheilt sind, als Beweis für die Heilung der Tabes angeführt wurden. Als dritten Gegengrund hebt Verf. noch hervor, dass der anatomische Process der Tabes absolut keine Aehnlichkeit mit den Processen besitzt, welche man als tertiäre Syphilis im Nervensysteme kennt. Trotz dieser wissenschaftlichen Ueberzeugung hat Verf. dennoch keinen absoluten Widerspruch erhoben, wenn ein College oder ein Patient wünschte, eine antisyphilitische Therapie gegen Tabes einzuleiten. An die jüngstens aufgetauchte Theorie, dass die Tabes eine bacterielle oder toxische Krankheit sei, lässt sich vorläufig keine specifische therapeutische Hoffnung knüpfen. Noch weniger gilt dies von dem „neuesten therapeutischen Wunder" *Constantin Paul's*, welcher aus der grauen Substanz des Hammelhirnes Extracte gemacht und diese seinen neurasthenischen und tabischen Patienten eingespritzt hat.

2. Die Bädertherapie erkennt auch Verf. als Ausgezeichnetes für den tabischen Process leistend an. Man schickt heute wie vor 30 und 40 Jahren die tabeskranken Patienten mit Vertrauen in die altbewährten Thermen von Rehme, Teplitz, Wildbad, Gastein, Nauheim, Kissingen, Aachen — auch andere Sool- und Schwefelbäder leisten gute Dienste. Die ärztliche Entscheidung für das einzelne Bad, wird, ohne dass sich bestimmte Normen hierfür aufstellen lassen, öfters von subjectiven Erfahrungen und der Erfolg von der Umsicht des behandelnden Badearztes abhängen. Auf Letzteren kommt es auch bei der Anwendung des kalten Wassers an. Kalte Umschläge fand Verf. öfters gegen die Attaquen lancinirender Schmerzen vortheilhaft.

3. Die Elektrotherapie betreffend, ist Verf. der Ansicht, dass sie trotz aller Kritik auch heute ein unentbehrlicher Theil in der Behandlung der Tabes bleibt, wenngleich die Frage, ob die Elektricität einen Einfluss auf den anatomischen Process im Rückenmarke ausüben kann, nicht wohl zu bejahen ist. Für die peripheren Nerven, welchen wir heutzutage einen wesentlichen Antheil an der Tabes zusprechen, ist eine positive Wirkung der Elektrotherapie keineswegs ausgeschlossen, eine erregende Behandlung der sensiblen Nerven dürfte einen gewissen Vortheil versprechen und ist jedenfalls rationell begründet. Auch eine vorsichtige elektrische Behandlung der Muskeln, sowie der motorischen Nerven ist motivirt. Endlich ist der ausserordentliche psychische Einfluss der Elektrotherapie auf den Kranken zu beachten.

4. Die Massage bezeichnet Verf. als weit eher illusorisch für die Therapie der Tabes. Er „kann nicht einsehen, dass diese Behandlungsweise irgend einen merklichen Effect auf irgend einen Krankheitsprocess ausübt“. Dagegen sei die suggestive Wirkung durch die Mode eine sehr grosse geworden, „welche Mode eigentlich keine innere Berechtigung hat“ und nur der Einmischung von Enthusiasten und Nichtärzten Vorschub leistet.

5. Zu den chirurgischen Behandlungsmethoden der Tabes gehört die Nervendehnung von *Langerbuch*, die Suspensionsmethode von *Motschutkowski* und die Methode *Bonuzzi*. Dieser chirurgischen und mechanischen Behandlung der Tabes steht Verf. nicht besonders freundlich gegenüber. Die Nervendehnung hat sich nicht bewährt und erhalten. Die Suspensionsmethode ist, obgleich man entscheidende Erfolge von ihr auch nicht erwarten kann, bei gehöriger Vorsicht ohne Schaden. Die *Bonuzzi*'sche Methode ist noch viel energischer.

6. Das Gleiche wie von der chirurgischen gilt von der orthopädischen Behandlung, welche als eine vollkommene Unterstützung der therapeutischen Erfolge anzuerkennen ist, wenn man nur nicht so weit geht, alle Rückenmarkskrankheiten mit Corsets zu behandeln.

7. Einen grösseren Werth legt Verf. auf die gymnastische Behandlung, unterstützt durch hygienisch-diätetische Massregeln und methodisch für den speciellen Zweck ausgebildet, ein therapeutisches Verfahren, welches Verf. als „compensatorische Therapie“ bezeichnet. Diese letztere bedeutet für die Tabes, dass wir gar nicht den Anspruch erheben, den anatomischen Process zu beeinflussen, sondern, dass wir die Folgen derselben, die eigentlich krankmachende Functionsstörung — die Ataxie dadurch zu ermässigen oder gar zu beseitigen suchen, dass wir die ausgleichenden Potenzen stärken und befördern. Das ist namentlich die Function der Muskeln. Indem Verf. die Ataxie von der Anästhesie herleitet, ergibt sich nicht blos die Möglichkeit, sie durch Verbesserung der Sensibilität direct zu corrigiren, sondern auch durch Verbesserung derjenigen Elemente, welche sie compensiren; als solche bezeichnet Verf. das Sehen und die Muskelthätigkeit. Kräftige Ernährung, psychische Aufmunterung, welche zu Hoffnungsfreudigkeit und consequenter Energie führt, sind nothwendige Dinge, um Erfolge zu erzielen. Ein neues Element in diese compensatorische Therapie, die Uebung, hat Dr. *Frenkel* hineingebracht und durch sinnreiche Apparate die Uebungen der Arme und Beine in zweckmässigster Weise modificirt und vervielfältigt. Die Erfolge, welche *Frenkel* in seiner Privatanstalt — Horn am Bodensee — erreicht, sind nach Verf. sehr dankenswerthe, aber sie erfordern viel Zeit und Mühe.

8. Die Allgemeinbehandlung ist nicht zu unterschätzen. Man muss sowohl die physischen als die psychischen Kräfte zu beleben suchen.

9. Die Behandlung der Complicationen muss sich dem Gesammtplane einfügen. Bezüglich der neuralgischen Schmerzen sind zuweilen kalte, zuweilen wieder warme Umschläge von Nutzen; die Behandlung mit Morphium führt auf eine abschüssige

Ebene, zum Morphinismus; auch von den neueren Mitteln, wie Salicyl, Phenacetin, Antipyrin, Exalgin, lässt sich nicht viel Rühmliches sagen; ab und zu wird man sich derselben bedienen müssen, doch so, dass erhebliche Gewöhnungen nicht stattfinden. Chloral und Sulfonal haben keinen wesentlichen Vortheil. Die schwierigste Complication, die Crises gastriques, kann man vorübergehend mit Morphium und ähnlichen Mitteln beschwichtigen; in der freien Zwischenzeit ist aber eine sehr geordnete, vorsichtige, umsichtige und doch energische Ernährung nothwendig, um der fortschreitenden Abmagerung Einhalt zu thun.

10. Die prophylactische Behandlung muss, wenn sich die Krankheit in den ersten Stadien zeigt, eine vorsichtige Lebensweise empfehlen, fern von Ueberanstrengungen und Excessen, Vorsicht bei schroffen Witterungswechseln, Vermeidung von Durchnässung und Erkältung, besonders der Füsse.

11. Schliesslich berührt Verf. die Frage, ob und inwieweit wir berechtigt und verpflichtet sind, den Patienten die Wahrheit zu verschweigen. Die Beantwortung soll dem Tacte des Arztes überlassen bleiben, wobei die Rücksicht auf das Wohl seiner Patienten zur massgebenden Richtschnur seines Handelns dienen soll. Der ärztliche Beruf, sagt Verf., ist eine „Kunst der Humanität und Menschenliebe, welche die Aufgabe hat, die Unbarmherzigkeit der Wirklichkeit mit dem Schleier der Hoffnung zu umhüllen“.

Literatur.

1100. ***Augenärztliche Unterrichtstafeln*** *für den akademischen und Selbstunterricht. Heft I. Anleitung zur Diagnostik der centralen Störungen des optischen Apparates. Von Dr.* **H. Magnus,** *a. ö. Professor der Augenheilkunde in Breslau. Farbige Tafel im Format 52 × 72 Cm. mit Text. In Futteral. Breslau, Max Müller, 1892.*

Schon vor einigen Jahren hat Verf. die von *Landolt* verfasste „Uebersichtliche Zusammenstellung der Augenbewegungen im physiologischen und pathologischen Zustande“ deutsch bearbeitet herausgegeben (1887). Die Tafel ist für den Studirenden wie für den praktischen Arzt gleich ausgezeichnet verwendbar. Im Jahre 1889 erschien eine grosse farbige Tafel: „Die Entstehung der reflectorischen Pupillenbewegungen“ und an diese schliesst sich „Die Anleitung zur Diagnostik der centralen Störungen des optischen Apparates“ würdig an und beide Tafeln können sowohl als Unterrichtsbehelf wie zum Selbststudium dieser schwierigen Capitel bestens empfohlen werden. Das zweite Heft enthält „Die Entstehung des Altersstaares“. *v. Reuss.*

1101. ***Verbandlehre für Studirende und Aerzte.*** *Von Dr.* **Ferdinand Klaussner,** *a. o. Professor der Chirurgie an der k. Universität München. Mit 123 Abbildungen. München 1892, M. Rieger'sche Universitäts-Buchhandlung.*

Die Fortschritte der modernen Chirurgie haben die Verbandlehre selbst nicht minder umgestaltet als das operative Verfahren. Eine grosse Anzahl von antiseptischen Heilmitteln und der daraus bereiteten Verbandmaterialien, die neu eingeführt wurden, sowie neue Formen der Verbände

überhaupt, müssen ebensowohl von den Studirenden der Chirurgie als von den älteren Collegen in der Praxis vollinhaltlich gekannt sein, wenn sie in der chirurgischen Praxis in passender Form zur Verwerthung kommen sollen. Die vorliegende kurze Verbandlehre bringt nur auf der Münchener chirurgischen Klinik wohlgeprüfte und bewährte Verfahren und bietet daher sowohl dem Studirenden als dem Arzte die Gewähr absoluter Verlässlichkeit. Die originelle Fassung der Darstellung, welche im Texte sich durch Kürze und Präcision auszeichnet, ist auch in den Illustrationen durchgeführt. Sämmtliche Illustrationen sind Originale, und zwar durch Autotypie vervielfältigte photographische Aufnahmen. Ein ausführliches Sachregister unterstützt die Brauchbarkeit der sehr empfehlenswerthen Arbeit. Auf einige kleine Druckfehler, die sich eingeschlichen haben, möchte Referent im Interesse einer nächsten Auflage aufmerksam machen: S. 6, Zeile 6 von unten lies einschnüren statt einschüren; S. 35, Zeile 5 von oben lies Stärkebinden statt Starkebinden. —*m.*

1102. ***Ein Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Frage von den sogenannten traumatischen Neurosen.*** *Von* ***C. S. Freund,*** *Breslau. (Samml. klin. Vortr. Nr. 51.)*

Der recht bescheidene und keineswegs das zu „überblickende" Gebiet auch nur einigermassen erschöpfende Inhalt dieser Arbeit ist im Titel vollständig gegeben. Freilich wäre es auch ein etwas kühnes Begehren, wollte man eine lange Reihe von wichtigen, complicirten, zum Theile noch fast ganz unaufgeklärten Fragen, die sich um das Thema von den traumatischen Neurosen gruppiren, so mit wenigen Worten abthun und überblicken. *Charcot*, *Seeligmüller* und *Schultze* sind die Autoren, auf die Verf. vorzüglich Rücksicht nimmt, aber wie viele andere hervorragende Arbeiter auf diesem so modernen Arbeitsfelde hätten da noch genannt und wenigstens in ihren Hauptergebnissen citirt werden müssen, wenn man wirklich einen Ueberblick des heutigen Standes dieser so tief in's moderne Culturleben eingreifenden Frage geben wollte? Wenn sich Ref. aber einerseits nicht enthalten konnte, diese mehr dem Titel als dem Inhalte geltende Bemerkung zu machen, muss er doch auch zugeben, dass alles in dem Vortrage Gesagte richtig und wahr ist, so dass der Leser, der keine allzu grossen Erwartungen entgegenbringt, immerhin seine Rechnung finden kann. *v. Buschman.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

1103. ***Ueber den Dienst der Verwundetenträger der Zukunftskriege.*** *Von Dr.* ***Haase.*** *Vortrag, gehalten beim XXI. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. (Centralbl. f. Chir. 1892.)*

Der Vortr. besprach die Dienstverhältnisse der Verwundetenträger (officiell Krankenträger genannt) der deutschen Armee, indem er daran anknüpft, dass Zweifel laut geworden sind, ob es bei der grossen Tragweite, Treffsicherheit und Durchschlagskraft der jetzigen Infanteriegewehre in einem Zukunftskriege 1. möglich sein wird, den Verwundeten schon während des Kampfes die erste Hilfe zu bringen, und ob im Bejahungsfalle 2. die vorhandenen Kräfte hierzu ausreichen.

Der erste Punkt fand Erledigung durch die Beantwortung der Frage, wo in einem Zukunftskriege der Hauptverbandplatz etablirt werden soll; denn zwischen diesem und der Feuerlinie liegt das Feld der

Thätigkeit der Verwundetenträger. Die Erörterung folgte an der Hand der Erfahrungen von 1870/71, in welchem Kriege sich die deutsche Sanitätsorganisation, wie allbekannt, gut bewährt hat. Nach der Kriegssanitätsordnung soll der Hauptverbandplatz in der Regel ausserhalb des Gewehrfeuers angelegt werden. Das französische Chassepotgewehr von 1870 verhält sich nach Schussweite, bestrichenem Raum und tactischer Verwendbarkeit zu dem jetzigen kleincalibrigen Magazingewehr etwa wie 3 : 4. Die deutschen Verbandplätze von 1870/71 waren etwa 1500 M. hinter der eigenen, 1700—1800 M. vor der feindlichen Feuerlinie eingerichtet. Für den Zukunftskrieg würden somit 2300—2400 M. die Entfernung sein, in welcher der Verbandplatz von der feindlichen Feuerlinie entfernt liegen muss, um demselben den gleichen Grad relativer Sicherheit zu gewähren, wie in jenem Kriege. Da jedoch bei den jetzigen Feuerwaffen Aufschläger nicht selten sind und es nothwendig erscheint, den Verbandplatz auch gegen diese zu schützen, so ist die Entfernung des Hauptverbandplatzes von der feindlichen Feuerlinie in der Regel auf 2500 M. anzusetzen. Wie weit der Verbandplatz sich hinter der Feuerlinie unserer eigenen Truppen befindet, das hängt von der jeweiligen Stellung der Feuerlinien zu einander und von den Vorschriften der Tactik ab. Das neue Gewehr soll auf Entfernungen über 1000 M. hinaus nur dann angewendet werden, wenn sich Gelegenheit bietet, feindliche Colonnen zu beschiessen. Gegenüber der Linienformation, die die specifische des Zukunftskrieges sein wird, liegt die Treffsicherheit des Gewehrs innerhalb der Entfernung von 600 M. Die Infanteriekämpfe der Zukunft werden sich voraussichtlich in Entfernung von 1200—1400 M. abspielen. Die Etablirung des Sanitätsdetachements dürfte demnach erst bei Entfernungen 1200 M. zwischen den feindlichen Feuerlinien nothwendig werden, vorher genügen die Truppenverbandplätze. Somit würde der Hauptverbandplatz sich je nach der Gefechtslage 1300—2100 M. hinter unserer eigenen Feuerlinie befinden. Natürlich kann diese Entfernung verringert werden, sobald sich näher bei der Feuerlinie eine genügende Deckung für den Verbandplatz findet.

Der Wagenhalteplatz soll bestimmungsgemäss in der Mitte zwischen Verbandplatz und Feuerlinie liegen, seine Entfernung von der feindlichen Feuerlinie wird also künftig im Mittel etwa 1600 M. betragen. Er ist in dieser Entfernung immer noch ziemlich gefährdet, und es ist daher nothwendig, ihn gut geschützt zu legen. Dagegen lässt sich den Krankenträgern, die sich zwischen Wagenhalteplatz und Feuerlinie bewegen, kein Schutz gewähren. Aber das war 1870/71 nicht anders. Die Schussweite und Treffsicherheit des Zündnadelgewehrs war erheblich geringer, als die des Chassepotgewehres. Unsere Truppen mussten daher, um den Sieg zu erringen, weit in den Feuerbereich des Chassepotgewehrs vordringen. Unsere hinter der Front thätigen Krankenträger von damals befanden sich also in derselben Gefahrzone des Chassepotgewehres, wie die Krankenträger der Zukunft in der des kleincalibrigen Gewehres. Trotzdem hatten die Krankenträger in jenem Kriege nur einen Verlust von 6·6 pro Mille der Kopfstärke. Sollten die Verluste derselben in einem Zukunftskriege aber selbst die dreifache Höhe erreichen, so würde das immer noch keinen merkbaren Einfluss auf ihre Thätigkeit ausüben; es würde nur bedeuten, dass das Sanitätsdetachement, welches den Dienst mit 40 Tragen begonnen hat, denselben mit 39 Tragen beenden muss, falls es von seinen 160 Krankenträgern 4 durch Verwundung verloren hat.

Um zu ermitteln, ob die Krankenträger der Zahl nach den künftigen Anforderungen genügen, muss man sich zunächst eine Vorstellung von der Zahl der in einem Zukunftskriege voraussichtlich zu erwartenden Verwundeten zu machen versuchen.

Nach Würdigung einer Reihe von tactischen Gründen kam der Vortr. zu dem Schlusse, dass die Zukunftskriege ein Mehr an Verwundeten von höchstens 50 Procent gegen 1870/71 aufweisen werden. Im letzten Kriege hatten die deutschen Heere bei jedem Armeecorps 772 Krankenträger. Sollen künftig 50 Procent Verwundete mehr fortgeschafft werden, so hat jedes Armeecorps 1158 Krankenträger nöthig. Nun hat aber in Deutschland seit 1870 Schritt für Schritt mit der Vervollkommnung der Schusswaffen eine Vermehrung der Krankenträger stattgefunden, so dass jetzt jedes Armeecorps über 1168 Krankenträger und Hilfskrankenträger verfügt. Der Zukunftsbedarf ist also sicher gedeckt. Hieran ändert auch der Umstand nichts, dass die Krankenträger künftig die Verwundeten etwas weiter zu tragen haben werden als früher; denn die Mehrleistung, die ihnen hieraus erwächst, wird dadurch ausgeglichen, dass in Folge der eigenartigen chirurgischen Wirkungsweise der modernen Geschosse in einem Zukunftskriege einerseits viele sofort tödtliche Verwundungen und andererseits sehr viele leichte Verwundungen zu erwarten sind, die der Hilfe der Krankenträger nicht bedürfen. Der Transport der Verwundeten vom Wagenhalteplatze nach dem Hauptverbandsplatze ist durch die Einführung der neuen vierlägerigen Krankenwagen (1870 zweilägerige) sichergestellt.

Für die Nachtarbeit der Sanitätsdetachements empfiehlt der Vortr. kleine tragbare elektrische Lampen, die in ähnlicher Weise gehandhabt werden können, wie die jetzigen Laternen. Die Verwendung von Scheinwerfern zum Absuchen des Schlachtfeldes nach Verwundeten verbietet sich aus physikalischen und strategischen Gründen. Zum Aufsuchen der Verwundeten in sehr bedecktem Gelände würde sich auch die Verwendung von Spürhunden nützlich erweisen.

Die deutsche Sanitätsorganisation verfügt in den Zukunftskriegen in der ersten Linie der kämpfenden Heere über 45.000 Mann an gut ausgebildetem niederen Sanitätspersonal (Lararethgehilfen, Krankenwärter, Krankenträger und Trainmannschaften der Sanitätsfahrzeuge). Es ist zu hoffen, dass sie mit dieser Armee von Sanitätssoldaten den Schrecken des kleincalibrigen Massenmörders gewachsen sein wird.

Kleine Mittheilungen.

1104. ***Behandlung der sogenannten „Pfundnase“.*** *Von Dr.* **Dupré**. *(Revue de laryngologie. 1892. 1. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 10.)*

In Belgien, dem Lande, wo der Burgunder hoch in Ehren steht, ist die Pfundnase ziemlich häufig. Pat. hatte eine apfeldicke, mit tiefen Furchen und hervorstehenden Knoten versehene Nase, welche den lächerlichsten Anblick darbot. Verf. verwirft das Brennen mittelst Glüheisen; er hat Stücke, wie wenn man eine Melone bei Tische vertheilen wollte, aus der betreffenden Nase geschnitten und mittelst Naht vereint; prima intentio und gänzliche Heilung.

1105. ***Die Behandlung der Epilepsie mit Hydrastinin*** versuchte *Kisselew*, angeregt durch die anticonvulsivischen Eigenschaften des Hydrastinins, die er selbst in Bestätigung der früheren, von *Archangelsky* angestellten Versuche an Thieren constatirt hatte. Das Alkaloid wurde innerlich in wässeriger

Lösung gegeben, pro dosi 0·01—0·02 Grm., pro die 0·05—0·1 Grm. Bei 2 Kranken zeigte sich das Mittel wirkungslos, bei 2 anderen trat nach 2—3wöchentlicher Behandlung eine bemerkenswerthe Herabsetzung der Frequenz und Intensität der Anfälle ein. Unangenehme Nebenwirkungen brachte die Darreichung des Hydrastinins in keinem Falle mit sich

(Semaine méd. Nr. 42. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 88.)

1106. ***Salol bei chronischer Cystitis.*** *Von Dr.* ***Sympson.*** *(Practitioner. 1892. Juni. — Centralbl. f. Chir. 1892. 42.)*

Das Salol ist ein vorzügliches Mittel zur Behandlung von chronischen Cystitiden. Es bewirkt fast regelmässig in ein oder zwei Tagen, dass der Urin klar wird, seine Alkalescenz und seinen unangenehmen Geruch verliert. Da das Mittel in Wasser nicht löslich ist, so gibt es Verf. in Form einer Mixtur:

Rp. *Salol.* *8·0,*
Pulv. acaciae Gummi q. s.,
Aq. Cinnamom. *360·0.*
4stündlich einen Esslöffel.

1107. Als Prophylacticum gegen die ***Seekrankheit*** empfiehlt ***Charteris,*** Glasgow, folgende Receptur:

Rp. *Kali brom.*
Chloral. formamid. aa. *2·0,*
Aq. dest. *30·0.*

(Ther. Monatsh. 1892. Sept.)

1108. ***Behandlung des weichen Schankers mittelst Wärme.*** *Von Dr.* ***Welander,*** *Stockholm. Vortrag am II. internationalen Dermatologen-Congress in Wien. (Arch. f. Derm. u. Syph. 1892, pag. 1022.)*

Von der Beobachtung ausgehend, dass der weiche Schanker schwindet, wenn der damit Behaftete unter hoher Temperatur erkrankt, kam Verf. auf den Gedanken, die Virulenz des weichen Schankers durch Wärme herabzusetzen. Er verfuhr dabei in der Weise, dass er durch bleierne Röhren (analog den *Leiter*'schen Wärmeregulatoren), die er auf das Schankergeschwür gelegt hatte, warmes Wasser von 50—52° C. fliessen liess. Bei kleineren Schankergeschwüren sind in der Regel 2, bei grossen virulenten Bubonen 3 Tage erforderlich, um vom Schankergifte befreit zu werden. Schon nach einem Tage ist die Infiltration um das Geschwür bedeutend vermindert und die Secretion unbedeutend; nach 2 Tagen zeigt sich das Geschwür in der Regel nahezu rein.

1109. ***Mittel, die öffentliche Desinfection in der ganzen Gemeinde zu sichern.*** *Von Dr.* ***Mireur,*** *Marseille. Congress französischer Aerzte zu Pau. (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 90.)*

Der Vortr. wünscht, dass in Zeiten von Epidemien alle Wäsche in den öffentlichen Waschanstalten vor dem Waschen $^1/_2$ Stunde lang durch Dampf von 100° desinficirt werde. Diejenigen Wäschestücke, welche mit eiweisshaltigen Flüssigkeiten beschmutzt sind, müssen vor der Passage durch den Dampfkessel mit einer Lösung von 1 pro Mille Kali hypermanganic. befeuchtet werden.

1110. ***Auscultation des Herzens beim Kinde.*** *Von* ***L. Azoulay,*** *Paris. Congr. d. französ. Gesellsch. f. d. Fortschr. d. Wissensch. zu Pau. (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 91.)*

Der Vortr. empfiehlt zur Diagnostik von Herzkrankheiten beim Kinde folgende Haltung desselben: Rückenlage, verticales Aufheben der Arme, vollkommene Beugung der unteren Extremitäten. Hierdurch werden die Herzschläge verlangsamt, wodurch man die Herzgeräusche besser localisiren kann. Ausserdem sind dieselben besser charakterisirt

1111. ***Suppositorien gegen chronische Prostatitis.*** ***Oberländer*** empfiehlt bei chronischer Prostatitis Jodoformsuppositorien in folgender Zusammensetzung:

Rp. *Jodoformii* *0·5—1·0,*
Solve in
Ol. Amygdal. dulc. q. s.,
Adde Butyr. Cacao q. s. u. f. supposit. X.

DS. Allabendlich nach vorheriger Entleerung ein Suppositorium zu appliciren. Der Zusatz von Süssmandelöl erhöht die Resorption des Jodoforms. Man beginnt mit

Dosen von 0·05 und steigt allmälig bis 0·1. Bei sensiblen Individuen können 10 Cgrm. Intoxicationssymptome hervorrufen, geringere Dosen werden dagegen stets vertragen. Verf. hat vom Jodoform erheblich günstigere Resultate gesehen als von Jodkaliumanwendung. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. — Memorabilien.)

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Bäumler, Geheimrath Prof. Dr. Ch. Ueber Krankenpflege. Freiburg in B. 1892, Akademische Verlagsbuchhandlung von J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).

Ježek, Dr. F. Umsturz der *Harvey*'schen Lehre vom Blutkreislaufe und Erklärung der natürlichen Blutbewegung. Mit zahlreichen Abbildungen im Texte. Leipzig 1892, Peter Hobbing.

Kaufmann, Dr. Constantin, Docent für Chirurgie an der Universität Zürich. Handbuch für Unfallverletzungen mit Berücksichtigung der deutschen, österreichischen und schweizerischen Unfallpraxis. Für Aerzte, Versicherungsbeamte und Juristen bearbeitet. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893.

Pathologisch-anatomische Tafeln nach frischen Präparaten. (Aus den Hamburger Stadtkrankenhäusern.) Mit erläuterndem anatomisch-klinischen Text. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. *Alfred Kast,* Professor der klinischen Medicin in Breslau, früherem Director der Hamburger Stadtkrankenhäuser, redigirt von Dr. *Theodor Rumpel,* Directions-Assistenten am Neuen allgemeinen Krankenhause in Hamburg. Chromographie, Druck und Verlag der Kunstanstalt (vorm. Gustav W. Seitz) A. G. Wandsbeck (Hamburg). London, Baillière, Tindal & Cox. II. Lieferung.

Rosenbach, Dr. med. Ottomar, Professor an der Universität Breslau. Ansteckung Ansteckungsfurcht und die bacteriologische Schule. (Zweites Tausend.) Stuttgart, A. Zimmer's Verlag (Ernst Mohrmann), 1892.

Schwalbe, Dr. Julius, in Berlin. Grundriss der speciellen Pathologie und Therapie. Für Studirende und Aerzte. Mit 34 Holzschnitten und einer lithographirten Tafel. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4,

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Andreas Saxlehner
k. u. k. Hof-Lieferant der
Eigenthümer der
Hunyadi János Quelle
Zu haben in allen Mineralwasserdepôts sowie in allen Apotheken.
Saxlehner's Bitterwasser
Als bestes seiner Art bewährt und ärztlich empfohlen
Man wolle ausdrücklich verlangen:
Anerkannte Vorzüge:
Prompte, milde, zuverlässige Wirkung.
Leicht und ausdauernd von den Verdauungs-Organen vertragen.
Geringe Dosis. Stets gleichmässiger und nachhaltiger Effect. Milder Geschmack.

110

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

1112. ***Psychose im ersten, vorübergehende Meliturie im zweiten Wochenbette.*** *Von Prof. Dr.* **Max Flesch,** *Frankfurt a. M. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 43.)*

Einen in mehrfacher Beziehung interessanten Fall des Verf. resumiren wir hier in Kurzem: Bei einer Frau aus neuropathisch belasteter Familie tritt, vielleicht unter dem Einflusse grosser Aufregungen, im ersten Wochenbette eine acute Neurose zunächst in Form eines eclamptischen Anfalles, dann einer schweren Melancholie ein. Im zweiten Wochenbette, welches unter günstigeren Verhältnissen und durch die Erfahrung im ersten, geänderten diätetischen und therapeutischen Anordnungen verläuft, wiederholt sich die Neurose in Form leichter Schlaflosigkeit und acuter, schnell verschwindender diabetischer Erscheinungen. Wie in neuropathisch belasteten Familien sich die Neurosen bei verschiedenen Gliedern in den verschiedenartigsten Gestalten einstellen (Epilepsie, Psychose, Tabes u. s. f.), so zeigen sich hier bei einem Individuum gewissermassen vicariirend verschiedene Neurosen, vielleicht in Folge der ungleichartigen äusseren Verhältnisse in beiden Wochenbetten. Acutes Auftreten von Meliturie unter nervösem Einfluss hat Verf. noch in einem anderen Falle constatiren können. Therapeutisch hebt Verf. die günstige Bekämpfung der Schlaflosigkeit im Wochenbette durch energische Anwendung des Chlorals hervor, während die Bromsalze in solchen Fällen nicht genug wirksam erscheinen. Prof. *Kisch.*

1113. ***Ueber den parasitären Ursprung des biliösen Fiebers in den heissen Ländern.*** *Von Dr.* **Domingo Freire.** *(La Méd. moderne. 1892. 15. September.)*

In der Société des savantes vom 29. Aug. theilte *Charcot* eine Zuschrift des Verf. mit, aus welcher hervorgeht, dass die durch die Kliniker schon längst vermuthete Verschiedenheit zwischen dem biliösen Fieber der heissen Zonen und dem gelben Fieber, sowohl bacteriologisch als mikroskopisch in der That bestehe. Die mit allen Cautelen einer exacten bacteriologischen Untersuchung vorgenommene Prüfung des Blutes, der Galle, des Urins, der Leber, Nieren etc. der an biliösem Fieber Erkrankten und der vom gelben Fieber Befallenen hat den Unterschied auf das Unzweifelhafteste ergeben. Aus den zahlreichen bacteriologischen Untersuchungen und Versuchen kommt der Verf. zu der Schlussfolgerung, dass im biliösen Fieber das inficirende Agens ein Bacillus, das des gelben Fiebers ein Mikrococcus ist. Die nähere bacteriologische und mikroskopische Beschreibung ist im Original nachzulesen. Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

1114. ***Wohlschmeckender Leberthran.*** *Von Dr.* ***Standke,*** *Bremen. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 41.)*

Der Verf.. der bekanntlich ein gut einnehmbares Ricinusöl darzustellen gelehrt hat, gibt jetzt ein Verfahren zur Geschmacksverbesserung des Leberthrans an. Nicht Waschungen mit heissem Wasser, noch mit gelösten Alkalien oder Ozon, welche alle die Haltbarkeit des Leberthrans beeinträchtigen, auch nicht Zimmt- oder Pfefferminzöl konnten Geschmack und Geruch günstig beeinflussen. Einen vollständig befriedigenden Erfolg erzielte Verf., wenn er frisch geglühte gekörnte Kohle unter Luftabschluss mit gutem Leberthran längere Zeit zusammenbrachte, besonders wenn dies Verfahren einige Male wiederholt wird. Jede Spur eines unangenehmen Geschmackes wird entfernt, das Präparat weist die von ihm geforderten Reactionen auf und durch Zusatz von Saccharin oder Aldehyd des Ceylonzimmtöls wird der Geschmack selbst Kindern angenehm. *Hausmann*, Meran.

1115. ***Injectionen von Oleum camphoratum bei Lungenschwindsucht.*** *Von Dr.* ***Alexander.*** *Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 16. November 1892. (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 94.)*

Im sogenannten Endstadium der Phthisiker, also bei grossen Cavernen, nächtlichen Schweissen, Fieber, Appetitlosigkeit, kurz bei dem Zustand, der sich durch erheblichen Kräfteverfall kennzeichnet. möchte Verf. Injectionen von Kampferöl empfehlen, nicht um die Kranken zu heilen, sondern um die Qualen zu lindern und einen leidlichen Zustand herbeizuführen und der Krankheit durch Anwendung eines Analepticum im Fortschreiten ein Ziel zu setzen. Da nun der Kampfer ein vorzügliches Mittel ist, den Herzmuskel zu stärken und zu grösserer Arbeitsleistung anzufachen, bei der auffallend grossen Mehrzahl der Phthisiker aber Kleinheit und Atrophie des Herzens neben abnorm grossen Lungenorganen nach *Rokitansky* und *Beneke* gefunden wurde, ferner der Kampfer nach *Binz* auf die amöboiden Bewegungen der weissen Blutkörperchen lähmend wirkt, wodurch die Eiterbildung gehemmt wird, so glaubte Verf. in dem Kampfer ein gutes Mittel bei Phthise erkennen zu können. Verf. wendet den Kampfer in Form von officinellem Kampferöl in subcutanen Injectionen an und machte 4 Tage lang täglich je eine Einspritzung von 1 Grm. Oel, pausirte 8—10 Tage, wiederholte 4 Tage lang die Injectionen und so fort. Auch 14 Tage lang täglich ununterbrochen konnte Verf. die Injectionen in manchen Fällen machen, räth aber nicht dazu. Verf. konnte nicht nur nach den Injectionen eine momentane Besserung des Allgemeinbefindens erreichen, sondern in einzelnen Fällen war die Wirkung auch eine nachhaltige, so dass die Kranken selbst für aufregende Berufsarbeit fähig wurden. In manchen Fällen jedoch wurde das Befinden auch schlechter, indem sich die Secretion und Fieber steigerten, und zwar in dem Grade, dass Lungenödem drohte, woran jeden-

falls eine zu grosse Steigerung des Blutdruckes schuld war. Deshalb injicirte Verf. bei Fiebernden meist nur 0·1 Grm. Kampferöl und hatte auch damit grosse Erfolge. Nach der Kampferbehandlung werden das Fieber und die Schweisse besser, der Appetit wird gut, das Gewicht nimmt zu, der Auswurf wird gelatinöser, namentlich auch der Schlaf wird hergestellt, die Haut wird elastischer und bekommt ein gesunderes Colorit. Die Grammdosen sind im Allgemeinen vorzuziehen. Bei gleichzeitiger Kehlkopfphthise spritzte Verf. auch täglich 1—2mal 0·3—0·4 Grm. Ol. camph. und Ol. oliv. aa. unter Leitung des Kehlkopfspiegels in den Kehlkopf ein, was sich vortrefflich bewährte. — Contraindicationen für Kampfer existiren nicht. Parallelversuche mit anderen Analepticis, wie Moschus- und Coffeininjectionen, Injectionen von Coffeinum natrobenzoicum hatten nicht die schöne Wirkung wie die vom Kampfer. *Knauthe*, Dresden.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

1116. ***Zur Trepanation der Wirbelsäule wegen Spondylitis dorsalis.*** *Von Prof.* ***Kraske.*** *(Aerztl. Mittheilungen aus Baden. 1892. — Memorabilien. XXXVI. Jahrg. Heft 9.)*

Verf. demonstrirt einen 13jährigen Knaben, bei dem er vor $1^1/_2$ Jahren eine Trepanation der Wirbelsäule wegen Spondylitis dorsalis vorgenommen hat. Es bestand eine totale Paraplegie; Verf. vermuthete einen Granulationsabscess im Wirbelcanal, resecirte 3 Wirbelbogen und fand einen tuberculösen Abscess mit mehreren Sequestern; das Rückenmark war zur Seite gedrängt und erhielt nach Entleerung und Auslöffelung des Abscesses seine normale Lage und Pulsation wieder. Sehr bald nach der Operation stellte sich zunächst die Function der Blase wieder her, so dass Pat. nicht mehr catheterisirt werden musste; am 3. Tage zeigte sich auch eine Spur von Wiederkehr der Motilität und Sensibilität in den unteren Extremitäten und nach etwa 14 Tagen war die Besserung eine ersichtliche. Später aber trat auf's Neue eine Verschlimmerung ein, die Verf. auf eine nachträglich erfolgte Deviation der Wirbelsäule bezog und erfolgreich mit Extension behandelte. Nach längerem Stationärbleiben der Symptome ist denn endlich in den letzten Monaten ein entschiedener weiterer Fortschritt zu verzeichnen, so dass Pat., dessen Wunde völlig verheilt ist, mit einem Corset Gehversuche machen kann. Verf. resumirt seine Erfahrungen und seine Meinung über den Werth dieser Operation bei Spondylitis dahin, dass denn doch nur ganz wenige Fälle für diesen Eingriff geeignet seien. Zunächst nur solche, bei denen die Compression nicht durch Knickung der Wirbelsäule, sondern durch das sehr häufig vorhandene tuberculöse Exsudat im Wirbelcanal bedingt ist. In dieser Richtung hält Verf. das Auftreten ausgesprochener Wurzelsymptome im Beginne der Lähmung für diagnostisch wichtig; ihr Vorhandensein spreche für Exsudat und gegen Knickung. (Verf. demonstrirt einige Wirbel, um zu zeigen, dass durch eine kyphotische Deviation als solche eine Compression der Nervenwurzeln nicht stattfinden könne.) An eine Knickung sei dagegen zu denken bei ganz plötzlich eintretender Paraplegie. —

Unter allen Umständen hat die Operation aber recht gewichtige Bedenken gegen sich; einmal wird der primäre Process in den Wirbelkörpern gar nicht mit Sicherheit in Anspruch genommen, ebensowenig die nach vorne zu gelegenen Congestionsabscesse. Dann aber wird durch Wegnahme der Wirbelbogen die erkrankte Partie einer wichtigen Stütze beraubt, und es kann sogar direct das Eintreten einer Deviation dadurch befördert werden, wie Verf. selbst in einem anderen Falle beobachtet hat. Gehversuche wären also nur mit Corset zu machen. Im Grossen und Ganzen ist Verf. durch seine Resultate nicht sehr ermuthigt und hält die Operation bei Spondylitis der Wirbelkörper nur dann für berechtigt, wenn bei anderer Behandlung die Lähmung stetig zunimmt und namentlich auch Blasen- und Mastdarmstörungen hinzutreten. Geh.-Rath *Bäumler* erwähnt einen Fall von spontan geheilter Spondylitis dorsalis, der vor einigen Jahren auf der medicinischen Klinik beobachtet wurde. Hier bestand mehrere Monate hindurch eine totale Paraplegie mit heftigen motorischen Reizerscheinungen, die mit Extension und Curareinjectionen behandelt wurden; ein ausgesprochener Gibbus war nicht vorhanden. Allmälig besserte sich die Lähmung so weit, dass Pat. am Stocke umhergehen konnte.

1117. ***Ueber Dührssen's tiefe Cervix- und Scheiden-Dammeinschnitte.*** *Von* ***Krukenberg****, Bonn. (Arch. f. Gyn. Bd. XLII, Heft 2, pag. 214.)*

Vor 2 Jahren empfahl *Dührssen*, um die Geburt, wenn sie sich verzögert, rasch zu beendigen, tiefe Einschnitte in die Cervix und beiderseits von der Vagina aus tiefe Einschnitte in den Damm vorzunehmen, worauf die Zange angelegt werden soll. Eigenthümlicher Weise erfuhr dieser Vorschlag nicht die ihm gebührende Zurückweisung, sondern sogar von manchen Seiten Anerkennung. Als ein Anhänger dieses Vorgehens erweist sich auch Verf., der das Verfahren in 2 Fällen anwandte. Im ersten Falle handelte es sich um eine 30jährige, an Pyelitis leidende Frau, bei der 27 Stunden nach Wehenbeginn, nicht ganz 3 Stunden nach verstrichenem Muttermunde, wegen angeblicher Narbenstenose im obersten Vaginalabschnitte die Scheide rechts hinten, von der Stenose an ihrer ganzen Länge nach incidirt und ebenso der Damm nach rechts hinten gespalten wurde, worauf er mittelst der Zange eine lebende Frucht extrahirte. Trotz dem Schnitte kam es zu einem Dammrisse bis in den Anus hinein. Die Wunden wurden vernäht und heilten. Das Puerperium war normal. Im zweiten Falle, bei einer 35jährigen Primiparen, einer Morphinistin, wurde nach etwa 36stündigem Kreissen 11 Stunden nach Wasserabfluss bei zweimarkstückgrossem Muttermunde, letzterer rechts und links bis an das Scheidengewölbe gespalten und eine ausgiebige Scheidendammincision gemacht, worauf die Frucht mit der Zange extrahirt wurde. Die letztgesetzte Schnittwunde wurde genäht und verheilte. Die Puerpera blieb gesund. (Hätte Verf. die Geduld gehabt, länger zuzuwarten, so hätte er den zwei Kreissenden die Setzung der nicht gleichgiltigen Schnittwunden jedenfalls erspart.)

Kleinwächter.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

1118. ***Eiterung im Bereiche des Musculus rectus superior oculi; Durchbohrung der Conjunctiva bulbi; Heilung.*** *Von Dr.* ***Emil Bock,*** *Vorstand der Abtheilung für Augenkranke im Landesspitale zu Laibach. (Centralbl. f. prakt. Augenhk. Sept. 1891.)*

Folgender sehr interessante Fall wird erzählt: Ein 57jähr. Beamter kommt am 29. Mai wegen Diplopie; rechtes Oberlid leicht geschwellt, Lidbindehaut geröthet, Bulbus ganz deutlich protrudirt, Beweglichkeit nach unten beschränkt. Am 7. Juni starke Chemosis, Cataplasma und Schwitzcur. Nach fünf Tagen Chemosis stärker, stechender Schmerz in Augenhöhle und Kopfhälfte. Am 13. Juni tastbare erbsengrosse Härte in der oberen Gegend der Augenhöhle; am folgenden Tage in der Gegend des Ansatzes des Rect. superior eine über erbsengrosse rothgelbe Prominenz, Augapfel nur nach beiden Seiten beweglich. Am 17. Juni erfolgt spontan reichliche Eiterentleerung, Ende Juni war der Pat. geheilt. Mag auch die Capsula Tenoni kein ganz normales Verhalten gezeigt haben, so glaubt Verf. doch den Hauptherd in den hinteren Abschnitt des Rect. superior verlegen zu müssen; der Eiter wanderte dann glücklicherweise nicht nach hinten in's retrobulbäre Zellgewebe, sondern nach vorn auf dem solenn vorbereiteten Wege dem Muskel entlang. Da Pat. öfters an Hordeolen litt, denkt Verf. an Einwanderung des Eiters eines solchen durch die vorhandenen zahlreichen Lymphgefässe in das lockere Bindegewebe des Fornix, von wo ein Weiterwandern in dem lockeren orbitalen Zellgewebe möglich ist. *v. Reuss.*

1119. ***Zur Casuistik der Entfernung von Fremdkörpern aus dem Auge mit Krankenvorstellung.*** *Von* ***Perles.*** *Verhandlungen der Gesellschaft der Charitéärzte. October 1892. (Allg. med. Central-Ztg. 1892. 88.)*

95 Procent aller in das Auge eindringenden Fremdkörper sind Eisensplitter. Derartige Fälle sind in der *Hirschberg*'schen Klinik schon gegen 150 beobachtet worden. Der Vortr. demonstrirt nun einen Mann, dem er — ein seltenes Vorkommniss — einen Steinsplitter aus der vorderen Kammer entfernt hat, der 9 Tage daselbst gelegen hat, mit Erhaltung eines guten und sehfähigen Auges. Ein solcher Fall ist seit 1870 nicht in der Klinik beobachtet worden. In der Literatur liegen auch nur wenige Fälle vor (*Deutschmann, E. Franke* u. A.). Der Stein war $4^3/_4 : 3 : 2$ Mm. gross. Der Fall kam Mitte vorigen Monats in Behandlung. Das Auge war merkwürdigerweise ganz reizlos und hatte $^1/_7$ Sehschärfe, die Pupille war rund, in der Vorderkammer ein minimales Exsudat, der Stein war an die Iris gelehnt. Die Eingangswunde präsentirt sich als linienförmiger weisser Strich. Die Indication zur Operation entnahm Vortr. aus den Erfahrungen *Leber's*, nach welchen auch ganz unlösliche Substanzen in der Vorderkammer (bei Kaninchen) bei langem Verweilen Bindegewebswucherung und Schrumpfung erzeugen. Daher wurde die Entfernung des Fremdkörpers beschlossen. Die Operation war schwierig, wie gewöhnlich in solchen Fällen, denn nach Abfluss des Kammerwassers pflegt der Fremd-

körper nach dem Orte des geringsten Widerstandes zu entweichen, das ist der Iriswinkel, woselbst er sich unter die undurchsichtige Sclera begibt. Es wurde neben dem Splitter mit der Lanze eingeschnitten und es gelang, obwohl der Splitter in den Iriswinkel ging, ihn zu extrahiren, ohne die Linsenkapsel zu verletzen — und auf den ersten Punkt kommt es ganz besonders an. Vor der Operation war Eserin eingeträufelt, um die Linsenkapsel durch die Iris möglichst zu decken. Es wurde eine Sehschärfe von $^1/_2$ erreicht. Der Splitter besteht aus Granit. Wahrscheinlich war er aseptisch. Trotzdem Iris vorfiel und der Blutung halber in der Wunde gelassen wurde, heilte diese gut. Ein Stück Nickelbelag der Pincette sprang ab, liess sich aber aus der vorderen Kammer herausschieben. Dass der Splitter trotz seiner rauhen und zackigen Oberfläche in 9 Tagen keine Entzündung verursacht hatte, bestätigt die diesbezüglichen Angaben *Leber's.*

Dermatologie und Syphilis.

1120. ***Zur Aetiologie des Pemphigus.*** *Von Dr.* ***Kirchner.*** *(Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 47.)*

Ein 54jähriger Mann hatte sich viele Jahre lang fast täglichen plötzlichen starken Abkühlungen ausgesetzt. Während er früher kein besonderes Unbehagen davon gespürt hatte, stellte sich plötzlich ein lebhaftes Kältegefühl, besonders in den Armen, ein, die Schweissabsonderung hörte bald ganz auf, die Haut wurde gegen Kältegefühl äusserst empfindlich, und es trat sehr heftiges Zucken in den Armen auf. Bald zeigten sich die ausgesprochenen Erscheinungen des Pemphigus, und zwar erschienen die Blasen symmetrisch. Es wurde versucht, die Schweisssecretion zuerst durch warme Bäder mit nachfolgenden Einwicklungen, später mit Fliederthee, beide Male ohne jeglichen Erfolg, schliesslich durch Pilocarpin mit gutem Erfolg hervorzurufen. Als schliesslich spontan Schweisssecretion eintrat, hörte auch die Blasenbildung auf. Nach einigen Monaten stellten sich im Anschluss an erneute Erkältungen wieder Pemphiguseruptionen unter gleichzeitigem, fast völligem Aufhören der Schweisssecretion ein. Dieses Recidiv heilte wieder spontan ab, nachdem starker Schweiss spontan eingetreten. Später stellte sich noch ein Recidiv ein. Verf. glaubt, dass in diesem Falle der Pemphigus die Folge einer Erkrankung gewisser Theile des Nervensystems ist. Dafür spricht unter Anderem das symmetrische Auftreten des Exanthems. Bemerkenswerth ist, dass hier unter dem Einflusse der Kälte die Schweissabsonderung aufhörte und dann die Blaseneruption eintrat. Mit dem Eintritt der Schweisssecretion besserte sich auch der Zustand. Ausser dem Pilocarpin hält Verf. den täglichen Gebrauch von warmen Bädern für wichtig.

1121. ***Myxödem auf Syphilis beruhend.*** *Von Dr.* ***R. Köhler.*** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 30. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 47.)*

Bei einer 47jährigen Pat., die früher an Drüsenschwellungen gelitten hatte, stellten sich im Verlauf etwa eines Vierteljahres folgende Beschwerden ein: Frostgefühl, nächtliche Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Abnahme der Sehkraft, des Gedächt-

nisses, Unfähigkeit zu schwitzen; dabei Schwellung des Gesichts, des Halses und der Hände; Fingerdruck liess an diesen Theilen keine Delle zurück. Am Hals entwickelte sich eine harte höckerige Geschwulst. Später nahm die Schwellung am Hals und an den Händen wieder ab; die Haut am Hals war schwartig, von einzelnen festen Faserzügen wie von Narbensträngen durchzogen; hierdurch wurde eine Palpation der Schilddrüse unmöglich; an der linken Halsseite befand sich unten ein Geschwür, das einem zerfallenen Gumma glich, oben ein knorpelharter Tumor, von ödematöser gerötheter Haut überzogen; er schien dem Aufbruch nahe, eine Incision ergab aber festes fibröses Gewebe; der Tumor glich einer vom Verf. früher beschriebenen Form der Muskelsyphilis. Unter Jodkalibehandlung vernarbte das Geschwür und verschwand der Tumor; die Haut wurde wieder weich, das körperliche und in etwas auch das geistige Befinden besserte sich merklich. Die Schilddrüse ist durch die weiche Haut wieder zu fühlen, hat normale Consistenz, ist nicht verkleinert, der rechte Lappen ist vergrössert. Verf. glaubt, dass hier eine syphilitische interstitielle Erkrankung der Schilddrüse Ursache des Myxödems war, und dass so indirect durch antiluetische Behandlung das Myxödem geheilt werden konnte.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

1122. ***Ueber einen Fall von Alkoholneuritis mit ungewöhnlicher Betheiligung des Rückenmarkes und der Musculatur.*** *Von Dr.* ***Westphal.*** *Verhandlungen der Gesellschaft der Charitéärzte. October 1892. (Allg. med. Central-Ztg. 1892. 88.)*

Der Vater des Vortr., der verstorbene Geheimrath *Westphal,* hat 1888 der Charitégesellschaft einen Fall demonstrirt, der an Myxödem denken liess. 1889 beschrieb er denselben Fall im Archiv für Psychiatrie als diagnostisch unklaren Fall von Nervenerkrankung. Der Pat. (Fromholz) starb dann 1889 an einer intercurrenten Krankheit (Phlegmone des Perineums). Rückenmark, peripherische Nerven und Muskeln sind untersucht worden. Der klinische Verlauf wird dahin recapitulirt, dass es sich 1886 bei der ersten Aufnahme um einen 26jährigen Arbeiter handelte, der starken Alkoholmissbrauch trieb. Er erkrankte mit Schwäche und Schwellung der Extremitäten, welche theilweise durch Oedem, theilweise durch Fettansammlung bedingt war. Er konnte weder stehen, noch gehen; Sehnenphänomen war nicht zu erzeugen. Die elektrische Erregbarkeit war quantitativ herabgesetzt, an den Daumenballen auch qualitativ verändert. Das Gesicht war gedunsen und hatte einen stupiden Ausdruck, so dass man an Myxödem dachte. Die psychischen Fähigkeiten waren vermindert. Pat. wog 253 Pfd. und nahm noch bedeutend zu. Im Laufe der Jahre gingen fast alle Erscheinungen zurück, so dass Pat. mit einem Stock gehen konnte. Auch die Sensibilität, die theilweise gestört war, wurde wieder intact. 1889 wurde Pat. gebessert entlassen, kam aber bald wegen einer Phlegmone zurück und ging an Herzschwäche zu Grunde. Die

Section ergab parenchymatöse Degeneration an den meisten Organen. Im Rückenmark waren die Ganglienzellen der Vorderhörner rundlich, hatten ihre Fortsätze zum Theil eingebüsst, im Zellenleibe stellenweise Vacuolenbildung und blasige Auftreibung, wie bei Poliomyelitis anterior. Die Zahl der Ganglienzellen war stellenweise auf ein Drittel der normalen gesunken. Die vorderen Wurzeln waren intact! An den peripherischen Nerven zeigten sich die Zeichen der schwersten Neuritis: Schwund der Achsencylinder, Zerfall des Markes, Vermehrung des Bindegewebes mit Kernwucherung. Auch die Muskeln waren stark verändert. Die Fasern sind verschieden dick, sehr dicke und sehr dünne stehen in einem Muskel (z. B. Vastus) dicht bei einander. Die Dicke der Fasern in einem Interosseus schwankt zwischen 158 und 13 μ. Die Kerne sind vermehrt und stehen rosenkranzförmig. In den Muskelfasern sind Vacuolen und Spalten. Die Muskeln sind theils von dicken Bindegewebszügen, theils von Fettgewebe durchwachsen. Was nun das Verhältniss dieser Erscheinungen zu einander betrifft, so konnte die peripherische Neuritis nach den klinischen Erscheinungen vorausgesetzt werden. Der Befund von Poliomyelitis anterior neben der Neuritis entspricht analogen Befunden von *Oppenheim* u. A. Entartungen der Musculatur bei Alkoholneuritis sind schon öfters beschrieben worden *(Oppenheim, Siemerling)*. Ueberraschend war, dass der Befund an den Muskeln genau übereinstimmt mit dem Befund, welchen *Erb* als charakteristisch für Dystrophia musculorum beschreibt, während nach dem klinischen Verlauf von dieser Krankheit doch gar keine Rede sein kann. Aber *Erb* selbst hat schon darauf hingewiesen, dass ähnliche Zustände auch bei spinalen Leiden vorkommen. Der primäre Sitz des Leidens ist nicht festzustellen. Möglicherweise erzeugt der Alkohol zuerst eine Poliomyelitis anterior, welcher dann, wegen Störung der trophischen Ganglienzellen, eine aufsteigende Neuritis folgen muss; so liesse sich eine Erklärung für das Freibleiben der vorderen Wurzeln construiren.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

1123. ***Die Uebertragung der Tuberculose auf dem Wege des geschlechtlichen Verkehrs.*** *Von Dr. **K. Schuchardt.** (v. Langenbeck's Archiv. Bd. XLIV. Heft 2. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 24.)*

Dass eine Uebertragung der Tuberculose durch den geschlechtlichen Verkehr stattfinden könne, ist oft behauptet worden, aber die Meisten bezweifeln doch, dass es sich dabei um eine wirkliche „Inoculationstuberculose“ handle, und glauben, dass die Tuberculose der Geschlechtsorgane fast immer eine hämatogene Erkrankung sei und die venerischen Krankheiten dabei nur die Rolle spielen, dass sie die Gewebe der Geschlechtsorgane für die nachträgliche Infection mit Tuberkelbacillen empfänglich machen, die meist vom Blute, also von anderweitigen älteren tuberculösen Herden aus erfolgen soll. Im Allgemeinen ist man geneigt, als „tuberculöse Primäreffecte“ an der äusseren Haut und zu den Schleimhäuten nur die gelten zu

lassen, welche deutlich umschriebene Gewebsveränderungen specifischer Art (tuberculöses Geschwür, Scrophuloderma, Lupus) zeigen und histologisch die Kennzeichen des tuberculösen Gewebes aufweisen. Verf. beobachtete nun eine Anzahl von Fällen, in denen die tuberculöse Infection durch den geschlechtlichen Verkehr unzweifelhaft war, und in denen die Tuberculose mehrfach in ganz eigenartiger Form auftrat. In zwei Fällen handelte es sich um schwere Lymphdrüsentuberculose, die sich kurze Zeit nach der Infection an scheinbar gewöhnliche Schankergeschwüre angeschlossen hatte; in einem derselben gelang es, in den Geschwüren Bacillen von den tinctoriellen Eigenschaften der Tuberkelbacillen nachzuweisen, da aber auch die Smegmabacillen diese besitzen, so hält Verf. diese Fälle nicht für absolut beweisend. Bei einem dritten Kranken trat schon am dritten Tage nach einer Tripperinfection eine Schwellung des rechten Nebenhodens ein, welche schliesslich die Castration nöthig machte und sich als tuberculös erwies. Ein anderer Pat. bekam drei Wochen nach gonorrhoischer Infection einen Prostataabscess, der spontan heilte; im Harnröhreneiter waren Gonococcen und Tuberkelbacillen gefunden worden. Unter 6 gewöhnlichen Fällen von Gonorrhoe wurden bei 2 Kranken, die sonst keine Zeichen von Tuberculose erkennen liessen, neben Gonococcen Tuberkelbacillen im Harnröhrensecrete nachgewiesen. Es liess sich bei dem einen dieser Kranken eine deutliche Tuberculinreaction hervorrufen, bei dem anderen entwickelte sich eine Epididymitis, die wegen subacuten, wenig schmerzhaften Verlaufes ohne Hautröthung und Hautödem als tuberculös betrachtet werden musste. Im Urethralsecrete eines Kranken wurden haufenweise Tuberkelbacillen nachgewiesen, während cystoskopisch nur ein leichter verbreiteter Blasencatarrh ohne Geschwürsbildung zu sehen war; nach 5 Monaten fanden sich ebenfalls Tuberkelbacillen, ohne dass der Kranke besondere Beschwerden gehabt hätte. Flache Geschwüre auf den Tonsillen enthielten Massen von Tuberkelbacillen.

Literatur.

1124. ***Kurzes Lehrbuch der Physiologie des Menschen.*** *Von Dr.* ***Johannes Gad,*** *a. o. Professor der Physiologie an der Universität Berlin und Dr.* ***J. E. Heymans,*** *Professor an der Universität Gent. Mit 92 Abbildungen in Holzschnitt und 1 lithographirten Tafel. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1892.*

Die Verff. stellen die Lehren der Physiologie nicht nach der bisher üblichen Methode der diesen Zweig unseres Wissens behandelnden Werke dar, welche zunächst die Versuche anführen, durch die wir einen Einblick in den Organismus erhalten, um daraus auf die in denselben stattfindenden Vorgänge zu schliessen, sondern sie gehen einen Schritt weiter, indem sie dem Leser auf Grund der beobachteten Erscheinungen eine mechanische Vorstellung der Lebensvorgänge darzubieten bestrebt sind. Die Lebensvorgänge sollen als Glieder in der causalen Kette des nach mechanischem Gesetz sich vollziehenden grossen Naturprocesses dem Bewusstsein des Arztes und aller Derjenigen, welche ein Interesse an der Kenntniss von dem inneren Zusammenhange der Erscheinungen des organischen Lebens haben, einverleibt werden. Gewiss ist dies ja auch

das Endziel der übrigen Lehrbücher der Physiologie, jedoch erstreben diese nicht so sehr die Vertiefung in den Zusammenhang der Erscheinungen als eine Erkenntniss der einzelnen Aeusserungen des Lebens. Dem Ziele entsprechend, welches das vorliegende Werk verfolgt, tritt die Darstellung der physiologischen Untersuchungstechnik und ihrer Ergebnisse in den Hintergrund, oder besser gesagt, deren Kenntniss wird bei dem Leser vorausgesetzt, dagegen finden wir allenthalben den ursächlichen Zusammenhang der Lebensvorgänge in ihren sämmtlichen Beziehungen verfolgt und dargestellt. Die Verff. haben ein originelles Werk geschaffen, welches nicht nur jenen Biologen und Aerzten zu Gute kommen wird, welche das Bedürfniss fühlen, unsere bisherige Erkenntniss der Lebenserscheinungen als Ganzes und Einheitliches aufzufassen, sondern welches auch der physiologischen Detailforschung neue Bahnen für das weitere Vordringen zeigt. In diesem Sinne müssen wir das Werk als gediegene geistige Leistung begrüssen, und wir wollen an dem Erscheinen desselben die Hoffnung stützen, dass die Arbeit der beiden Forscher und Gelehrten auf fruchtbaren Boden fällt und die Vertiefung in die mechanische Auffassung der Lebensvorgänge in ihrem causalen Zusammenhange verallgemeinen wird. *—sch.*

1125. ***Neuropathologische Studien.*** *Von Dr.* ***Hugo Gugl*** *und Dr.* ***Anton Stichl,*** *Aerzte des Sanatoriums Mariagrün bei Graz. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke, 1892.*

Unter dem oben angeführten Titel veröffentlichen die Leiter des unter der Aegide des Professors *v. Krafft-Ebing* stehenden Sanatoriums für Nervenkranke, den Rechenschaftsbericht über ihre sechsjährige Thätigkeit, woran sich wissenschaftliche Bemerkungen von Dr. *H. Gugl* anschliessen. Als weitere Früchte der Erfahrungen in der oben genannten Anstalt finden wir zwei lesenswerthe Abhandlungen der Verff., und zwar: I. Beitrag zur Behandlung nervöser Störungen des Verdauungstractes von Dr. *Anton Stichl* und II. Die Grenzformen schwerer cerebraler Neurasthenie von Dr. *Hugo Gugl.* Wir müssen noch hervorheben, dass in der Anstalt nur ganz bestimmte Neurosen, für welche die Vorzüge der Anstaltsbehandlung anerkannt sind, Aufnahme finden, hingegen Geisteskranke, epileptische und Alkoholiker, ferner Gehirnkranke im Sinne einer Organläsion und Rückenmarkskranke, welche einen desolaten Eindruck machen, keine Aufnahme finden. Die behandelten Krankheitsformen sind zumeist Neurasthenie, Hysterie, Morbus Basedowii, Chorea, von den chronischen Intoxicationen Morphinismus, Cocainismus, Chloralismus. Der praktische Arzt wird aus den „Studien" Belehrung und Anregung schöpfen. *—r.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

1126. ***Ueber die Wechselbeziehungen zwischen den beiden Gehörorganen.*** *Von Prof. Dr.* ***V. Urbantschitsch.*** *Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. Sitzung vom 11. November 1892. (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 93.)*

Aehnliche Wechselbeziehungen, wie sie an den Augen unter dem Namen der sympathischen Augenaffectionen bekannt sind, bestehen auch an den Ohren. Vortr. theilt dieselben in gleichartige, d. h. in solche, wo die Erscheinungen an beiden Ohren gleicher Art sind (so z. B. erregen Veränderungen der Gehörfunction an einem Ohre auch solche an

dem anderen), und ungleichartige, d. h. solche, bei denen die Erscheinungen an dem einen Ohre durch Einwirkungen ganz anderer Art vom anderen Ohre aus erregt werden, wenn z. B. sensitive Reize an einem Ohre Veränderungen der Gehörfunction am anderen Ohr auslösen.

A. Die gleichartigen Wechselbeziehungen sind vasomotorische, trophische, sensible und functionelle; die durch die Wechselbeziehungen hervorgerufenen Erscheinungen an beiden Ohren sind ihrem gegenseitigen Verhalten nach 1. analoge (deren Verhalten an beiden Ohren gleich ist), 2. alternirende (bei denen die Erscheinungen bald an dem einen, bald an dem anderen Ohre auftreten) und 3. conträre (bei denen das Verhalten an dem einen Ohre entgegengesetzt dem des anderen Ohres ist, z. B. Hyperästhesie an einem Ohre, eine Anästhesie am anderen Ohre hervorruft). *a)* Vasomotorische Wechselbeziehungen wurden von *Cl. Bernard* und *Collenfels* an den Ohrmuscheln bei Durchschneidung des Sympathicus und beim Kneifen desselben nachgewiesen. *b)* Trophische Wechselbeziehungen beobachtete *Samuel* an den Ohrmuscheln an Kaninchen bei elektrischer Reizung des N. auriculo-temporalis trigemini der einen Seite. Dem entspricht auch die vom Vortr. beschriebene sympathische Entzündung des äusseren Gehörganges. *Weber-Liel* erwähnt zuerst das Vorkommen von alternirender Entzündung des Gehörorganes, die Vortr. in mehreren Fällen beobachtete.

Berthold bewirkte eine reflectorisch erregte Entzündung der Paukenhöhle durch intracranielle Durchschneidung des Trigeminus der anderen Seite. Vortr. fand in einem Falle nach einem operativen Eingriff an dem einen Ohre das Auftreten einer eiterigen Entzündung an dem anderen Ohre. *Reichmann* beschreibt aus *Walb's* Klinik Fälle von alternirender Mittelohreiterung. Wie der Vortr. hervorhebt, dürfen mit einer reflectorisch erregten Entzündung nicht Fälle verwechselt werden, in denen andere Ursachen der Entzündung vorliegen (fortschreitende Entzündungen, bacterielle Invasionen etc.). *c)* Sensible Wechselbeziehungen werden, wie schon *Lincke* und *Bonnafont* erwähnen, bei Otalgie angetroffen und sind, wie Vortr. beobachtete, bei Mittelohrentzündungen der einen Seite am äusseren Ohr bei der anderen Seite nicht selten nachweisbar. *d)* Functionelle Wechselbeziehungen geben sich schon in dem regelmässigen Schwanken der Intensität acustischer Empfindung zu erkennen; in pathologischen Fällen kann eine an beiden Ohren ungleich ausgeprägte Schwerhörigkeit contrastirende Erscheinungen ergeben, und zwar auch bei nicht hysterischen Personen. Am auffälligsten werden die functionellen Wechselbeziehungen allerdings bei Hysterischen als Transfert angetroffen. Vortr. erwähnt einen Fall, wo sich der Transfert allmälig von den hohen Tönen gegen die tiefen Töne vollzog. Aehnliche, der chromatischen Tonscala folgende transfertartige Erscheinungen beobachtete Vortr. auch in normalen Fällen. Vorübergehende Gehörsalternationen sind nicht selten, in einem Falle beobachtete Vortr. durch Jahre hindurch eine solche Alternation, die sich regelmässig binnen 11 Tagen vollzog. Auch betreffs der subjectiven Gehörsempfindungen zeigen sich Wechselbeziehungen zwischen beiden Gehörorganen.

Der Vortr. bespricht ferner den Einfluss, den das functionelle Verhalten des einen Ohres auf die Hörfunction des anderen Ohres nimmt, wie dies beim binotischen Hören, bei einseitiger Gehörsherabsetzung *(Sims, Gellé, Eitelberg)* oder Gehörssteigerung ersichtlich ist, über welche letztere *Eitelberg* nähere Untersuchungen angestellt hat. Vortr. führt

ferner eine Reihe von Beobachtungen an bezüglich der functionellen Beeinflussung des einen Ohres durch operative Eingriffe auf die Binnenmuskeln und auf den Schallleitungsapparat des anderen Ohres. Den auffälligsten Effect für das andere nicht operirte Ohr beobachtete Vortr. bei Extraction des Hammers, wobei, wie mehrere mitgetheilte Fälle ergaben, selbst eine lange bestandene bedeutende Gehörsverminderung am nicht operirten Ohre vollständig und bleibend zurückgehen kann. Als Ursache dieser Reflexeinwirkungen hebt der Vortr. in erster Linie die Synergie beider Musc. tensor. tympani und stapedii hervor, der zufolge bei Accommodationsaffectionen durch den Enthalt des Einflusses, den die Binnenmuskeln des einen Ohres auf den Tensor tympani und Musc. stapedius der anderen Seite zu nehmen vermögen, für dieses Ohr wieder günstigere, ja sogar normale Verhältnisse geschaffen werden können.

B. Ungleichartige Wechselbeziehungen, und zwar die Beeinflussung der Hörfunction des einen Ohres durch verschiedene sensitive Vorgänge an dem anderen Ohre beobachtete Vortr. besonders auffällig beim Bougiren des Tubencanals, woraus sich die Bedeutung seiner bilateralen Behandlung ergibt; ausnahmsweise wirkt ein an dem einen Ohre stattfindender sensibler Reiz auf die Hörfunction des anderen Ohres ungünstig ein. Eine Entzündung des einen Ohres verhindert häufig auch die Hörfunction des anderen.

Der praktische Werth der geschilderten Wechselbeziehungen betrifft 1. das binotische Hören, 2. eine bilaterale Mittelohrbehandlung, 3. den Einfluss operativer Eingriffe auf den Schallleitungsapparat.

Kleine Mittheilungen.

1127. ***Das Photocauterium als Heilmittel gegen Milzbrand*** wurde von **L. Marchese** (Canicatti), nach dem Vorgange von *Sciascia* mit überraschendem Erfolge angewendet. Wenige Cauterisationen genügten, um eine Pustula maligna auf der Wange mit starkem, fortschreitendem Oedem der Umgebung vollständig zur Heilung zu bringen. Verf. erklärt die wohlthätige Wirkung des Photocauteriums aus der vereinten Wirkung der Wärme und des Lichtes.
(Riforma med. 1892. 242. — München. med. Wochenschr. 1892. 47.)

1128. Der ***Theeverbrauch*** berechnet sich auf den Kopf der Bevölkerung wie folgt: England 2300 Grm., Nordamerika 662 Grm., Niederlande 544 Grm., Russland 200 Grm., Dänemark 168 Grm., Portugal 54 Grm., Schweiz 45 Grm., Norwegen 40 Grm., Deutschland 40 Grm., Belgien 17 Grm., Schweden 13 Grm., Frankreich 13 Grm., Oesterreich 9 Grm., Bulgarien und Rumänien 9 Grm., Spanien 7 Grm., Italien 1 Grm. Obgleich der Theeverbrauch in Deutschland in neuerer Zeit merklich gestiegen ist, bleibt er gegen den Kaffeeverbrauch, der 2500 Grm. pro Kopf ausmacht, doch noch um circa das 60fache zurück. Merkwürdig hoch ist der Theeverbrauch in Ostfriesland, wo er 2500 Grm. pro Kopf beträgt.
(Zeitschr. d. österr. Apotheker-Ver. 1892. 31.)

1129. ***Beiträge zur Behandlung der localen Tuberculose mit Nelkenöl.*** *Von Dr.* ***J. Kánasz.*** *(Pest. med.-chir. Presse. 1892. 29. — Centralbl. f. Chir. 1892. 46.)*

Bei Gelenkentzündungen und tuberculösen Lymphadeniden hat Verf. nach dem Vorgange *Namzetti's* Injectionen mit Nelkenöl 10·0 : Ol. oliv. 100·0 gemacht. Die Erfolge bei Gelenkentzündungen schwankten. 3 vorzügliche Heilerfolge hat Verf. beobachtet. Die Krankenreferate dieser Fälle sind mitgetheilt. Von den 22 nach dieser Methode behandelten Lymphdrüsenentzündungen sind 32 Procent sofort geheilt, nach 3 Monaten 13 Procent, nach $^1/_2$ Jahr 32 Procent, nach 1 Jahr 10 Procent; 13 Procent sind ungeheilt entlassen. Nach den Injectionen erweichten die Drüsen und ein breiiger Inhalt konnte aus der Injectionsstelle herausgepresst werden, worauf die Heilung erfolgte.

Walther's Elix. Condurango peptonat. Immermann.

Geheimrath Dr. *Stöhr* in Kissingen schreibt unterm 22. December 1891: „Das *Walther*'sche Condurangopräparat (Elix. Cond. pept. I.) hat sich mir in der That in allen Fällen von Magenkrankheit, besonders auch chronischen, ebenso bei schweren gastrischen Störungen, unter Anderem auch bei meiner eigenen, seit Jahren in gedachter Richtung schwer leidenden, nebenbei an Chlorose und Schwäche laborirenden Tochter, bei welcher mit verständlicher Betrübniss ich mich von allen anderen Mitteln, auch von dem gewöhnlichen Condurangowein, im Stich gelassen sah, von ganz eminentem Erfolge gezeigt . . .“ Herr Professor Dr. *Michaelis* (Waldenburg), Specialarzt für Magen- und Verdauungskrankheiten, meldet unterm 15. Januar 1892: „Die *Walther*'schen Condurangopräparate bewähren sich ganz vorzüglich. Das *Immermann*'sche Elix. Condurango pept. ist bei Magenkrankheiten und gastrischen Störungen in der Praxis von höchstem Werthe . . .“ Ebenso lebhaft sprechen sich die uns vorliegenden Berichte der Herren Dr. *Putzar* und Dr. *Käppler* aus. Dieselben bemerken indessen, dass es nach ihrer Erfahrung durchaus geboten ist, auf die Provenienz des Präparates (Apoth. *Walther*, Kork) zu achten und kein ad hoc bereitetes oder zweifelhaftes Gemisch anzuwenden.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Der praktische Geburtshelfer von einem Praktiker. In 3 Bändchen. Würzburg, A. Auber's Verlagshandlung, 1892.

Glax, Professor Dr. Jul. Aerztliche Mittheilungen aus Abbazia. I. Heft. Abbazia als klimatische Winterstation, ihre hygienischen und meteorologischen Verhältnisse. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1892.

Schrötter, Prof. Dr. L., in Wien. Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase und des Rachens. VI. Lieferung. Mit 11 Holzschnitten. Wien und Leipzig 1892, Wilhelm Braumüller.

Schenk, Dr. S. L., a. ö. Professor an der k. k. Universität Wien. Grundriss der Bacteriologie für Aerzte und Studirende. Mit 99 theils farbigen Holzschnitten. Wien u. Leipzig 1893, Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.


25 Medaillen I. Classe.
9 Ehrendiplome.
Empfehle meine als vorzüglich anerkannten
Maximal-
und gewöhnliche
105
ärztl. Thermometer
Zur Bestimmung der Körpertemperatur.
Urometer nach Dr. Heller und Dr. Ultzmann, Bade- und Krankenzimmer-Thermometer etc., sowie alle Arten Thermometer, Barometer und Instrumente für Bade- und Heilanstalten.
Meteorologische Wetterhäuschen für Curorte.
Heinrich Kappeller
Wien, V., Kettenbrückengasse Nr. 9.
Illustrirte Preisverzeichnisse stehen gratis zur Verfügung.
Réaumur
40
30
20
10
0

